

IRENE GUTIÉRREZ ROVIRA

TREBALL DE FI DE GRAU

Relació entre la insatisfacció corporal, l'autoexigència i la flexibilitat cognitiva amb la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària en adults

Dirigit per la Dra. Ester Solé Pijuan

Grau en Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2026

Índex

Agraïments.....	4
Resum / Paraules clau.....	5
Abstract / Keywords	6
1. Marc Teòric.....	7
1.1. Els trastorns de conducta alimentària (TCA)	7
1.1.1. Prevalença dels trastorns de la conducta alimentària.....	8
1.1.2. El model transdiagnòstic de Christopher G. Fairburn (2009)	9
1.2 Els factors de risc	10
1.2.1. Els factors socioculturals i familiars.....	10
1.2.2. Els factors biològics/ genètics	12
1.2.3. Factors psicològics	13
1.3. Insatisfacció corporal, flexibilitat cognitiva i l'autoexigència	14
1.3.1. La insatisfacció corporal	14
1.3.2. La flexibilitat cognitiva	15
1.3.3. L'autoexigència	16
2. Objectius i hipòtesis.....	17
2.1. Objectiu general	17
2.2. Objectius específics.....	17
2.3. Hipòtesis	18
3. Metodologia	19
3.1. Participants.....	19
3.2. Instruments	19
3.3. Procediment.....	23
3.4. Anàlisi de dades	23
4. Resultats	26
5. Discussió.....	37
6. Limitacions	43
7. Conclusions	44
8. Bibliografia	46

Índex de taules

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

Taula 2. Desviació típica i mitjana de les variables estudiades.

Taula 3. Distribució del risc de TCA segons el punt de tall de l'EAT-26

Taula 4. Prova de normalitat Kolmogorov-Smirnov

Taula 5. Valors d'asimetria i curtosi

Taula 6. Correlació de Spearman entre la simptomatologia dels TCA i les variables estudiades

Taula 7. Comparació de la simptomatologia dels TCA en funció del gènere

Taula 8. Comparació de la simptomatologia dels TCA en funció de l'edat

Taula 9. Comparació de les variables estudiades en funció del gènere

Taula 10. Comparació de les variables estudiades en funció de l'edat

Taula 11. Correlacions entre simptomatologia dels TCA i insatisfacció corporal segons el gènere

Taula 12. Correlacions entre simptomatologia dels TCA i insatisfacció corporal segons l'edat

Taula 13. Correlacions entre simptomatologia dels TCA i autoexigència segons el gènere

Taula 14. Correlacions entre simptomatologia dels TCA i autoexigència segons l'edat

Taula 15. Correlacions entre simptomatologia dels TCA i flexibilitat cognitiva segons el gènere

Taula 16. Correlacions entre simptomatologia dels TCA i flexibilitat cognitiva segons l'edat

Índex de figures

Figura 1. Diferències en simptomatologia dels TCA segons el gènere

Figura 2. Diferències en insatisfacció corporal segons el gènere

Agraïments

M'agradaria expressar el meu agraïment a totes les persones que m'han donat suport i m'han acompanyat durant la realització d'aquest Treball Final de Grau.

En primer lloc, vull agrair especialment a la meva tutora, la doctora Ester Solé Pijuan, la seva orientació, paciència i dedicació al llarg de tot el procés. Els seus coneixements, consells i aportacions han estat essencials per la realització i la millora d'aquest treball.

En segon lloc, vull donar les gràcies a totes les persones que han participat en aquest estudi responent el qüestionari. Soc conscient que es tractava d'un qüestionari extens, i per això valoro molt el temps, la implicació i la col·laboració de cadascuna d'elles. Sense la seva participació, aquest treball no hauria estat possible.

En tercer lloc, vull agrair a la meva família i als meus amics tot el suport que m'han donat durant aquest procés. Gràcies per haver estat al meu costat, per escoltar-me quan ho he necessitat i per acompanyar-me en els moments més difícils. Sense vosaltres, aquest camí hauria estat molt més dur.

Finalment, també vull agrair-me a mi mateixa la constància, l'esforç i la dedicació durant aquests mesos i anys, que m'han permès arribar fins aquí, no només per finalitzar aquest Treball Final de Grau, sinó també per acabar el grau en Psicologia.

Resum / Paraules clau

Els trastorns de la conducta alimentària constitueixen una problemàtica de salut mental rellevant. Aquest estudi té com a objectiu analitzar la relació entre la insatisfacció corporal, l'autoexigència i la flexibilitat cognitiva amb la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària en població adulta general sense diagnòstic previ.

La mostra va estar formada per 105 participants entre 18 i 64 anys, amb una mitjana de $M=36,6$ i una desviació típica de $DT=15,1$. Es van administrar una enquesta online amb qüestionaris d'autoinforme per avaluar la simptomatologia dels TCA, la insatisfacció corporal, l'autoexigència i la flexibilitat cognitiva. Els resultats van mostrar una correlació positiva i significativa entre la insatisfacció corporal i la simptomatologia dels TCA, així com entre l'autoexigència i aquesta simptomatologia. En canvi, la flexibilitat cognitiva no va presentar una relació significativa amb els TCA.

Pel que fa a les diferències sociodemogràfiques, les dones van presentar puntuacions significativament més elevades en simptomatologia dels TCA i en insatisfacció corporal en comparació amb els homes. No es van observar diferències significatives en funció de l'edat.

En conclusió, els resultats destaquen la importància de la insatisfacció corporal i l'autoexigència com a factors relacionats amb la simptomatologia dels TCA. Aquests resultats impliquen que les persones amb més malestar amb el propi cos i amb nivells més elevats d'autoexigència poden presentar més vulnerabilitat davant conductes alimentàries de risc.

Paraules clau: trastorns de la conducta alimentària, insatisfacció corporal, autoexigència, flexibilitat cognitiva.

Abstract / Keywords

Eating disorders constitute a relevant mental health problem. The aim of this study is to analyse the relationship between body dissatisfaction, self-demandingness and cognitive flexibility with eating disorder symptomatology in a general adult population without a previous diagnosis.

The sample consisted of 105 participants aged between 18 and 64 years, with a mean age of $M = 36.6$ and a standard deviation of $SD = 15.1$. An online survey with self-report questionnaires was administered to assess eating disorder symptomatology, body dissatisfaction, self-demandingness and cognitive flexibility. The results showed a positive and significant correlation between body dissatisfaction and eating disorder symptomatology, as well as between self-demandingness and this symptomatology. In contrast, cognitive flexibility did not show a significant relationship with eating disorder symptomatology.

Regarding sociodemographic differences, women showed significantly higher scores in eating disorder symptomatology and body dissatisfaction compared to men. No significant differences were observed according to age.

In conclusion, the results highlight the importance of body dissatisfaction and self-demandingness as factors associated with eating disorder symptomatology. These results imply that people with greater discomfort with their own body and higher levels of self-demandingness may be more vulnerable to eating-related risk behaviours.

Keywords: eating disorders, body dissatisfaction, self-demandingness, cognitive flexibility.

1. Marc Teòric

1.1. Els trastorns de conducta alimentària (TCA)

Segons el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en la seva cinquena edició revisada (DSM-5-TR) i la *Classificació Internacional de les Malalties en la seva onzena edició* (CIE-11), els trastorns de la conducta alimentària són un conjunt de trastorns mentals caracteritzats per alteracions persistents en la conducta alimentària i en la relació amb el pes i la imatge corporal, que poden tenir conseqüències importants en la salut física i psicològica de la persona. Dins dels manuals anomenats anteriorment, els TCA inclouen diferents diagnòstics, entre els quals destaquen per la seva prevalença l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa, el trastorn per afartament (Montoya, 2025) i quan no es compleixen els criteris diagnòstics per a qualsevol dels tres trastorns, es defineix com un trastorn alimentari no especificat (Hernández & Camarena, 2024).

En primer lloc, l'anorèxia nerviosa es caracteritza principalment per una restricció de la ingesta alimentària que condueix a un pes corporal baix, juntament amb una por intensa a guanyar pes i una distorsió en la percepció de la pròpia imatge corporal. A més, les persones afectades solen presentar dificultats per reconèixer la gravetat del seu baix pes corporal (Montoya, 2025). Dins d'aquest diagnòstic es distingeixen dos subtipus: el tipus restrictiu, en què la pèrdua de pes es produeix per la restricció de la ingesta, i el tipus purgatiu, en què la persona a part de la restricció d'aliments, van apareixent episodis d'afartaments i aquests s'intenten contrarestar provocant-se el vòmit o consumint laxants per intentar mantenir el control del pes (Hernández & Camarena, 2024).

En segon lloc, la bulímia nerviosa, en canvi, es defineix com la presència d'episodis recurrents d'afartaments, és a dir, ingestes d'una gran quantitat d'aliments en un període curt de temps, acompanyats d'una sensació de pèrdua de control, seguits de conductes compensatòries, com el vòmit autoinduït, l'ús de laxants o l'exercici excessiu (Hernández & Camarena, 2024).

Finalment, el trastorn per afartament, també es caracteritza per episodis d'ingesta excessiva d'aliments associats a una sensació de pèrdua de control, encara que el que es diferencia de la bulímia nerviosa és que aquest no va seguit de conductes compensatòries (Montoya, 2025).

1.1.1. Prevalença dels trastorns de la conducta alimentària

La prevalença dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) ha experimentat un increment en els darrers anys, especialment en població adolescent i jove. Les dades indiquen que afecten principalment el sexe femení, tot i que també s'ha observat un augment progressiu de casos en nois (Sánchez et al., 2017). En aquest sentit, l'estudi de Val et al., (2022) mostra una clara variabilitat en funció de l'edat i el sexe, amb valors més elevats en dones joves i més baixos en homes.

A Espanya, s'estima que aproximadament 400.000 persones pateixen un TCA, amb una prevalença d'entre el 4,1% i el 6,4% en la població femenina jove (12-21 anys), i entre un 0,27% i un 1,7% en homes (Val et al., 2022). A més, entre un 11% i un 27% dels adolescents presenten conductes de risc o simptomatologia subclínica, fet que suggereix que les dades podrien ser superiors si s'inclouen casos no diagnosticats o parcials (Sánchez et al., 2017).

D'altra banda, la prevalença també varia segons el tipus de trastorn i el context geogràfic. A nivell europeu, s'estima una prevalença global al voltant del 2,2%, mentre que pot arribar fins al 4,6% en altres regions com Amèrica (Val et al., 2022). Pel que fa als trastorns específics, en dones joves la prevalença de l'anorèxia nerviosa es troba aproximadament entre el 0,1% i el 2%, la de la bulímia nerviosa entre el 0,37% i el 2,98% i la del trastorn per afartament entre el 0,62% i el 4,45% (Val et al., 2022).

Aquest augment s'ha vist accentuat en els darrers anys, especialment arran de la pandèmia de la COVID-19, amb un pic d'incidència l'any 2021 i xifres que es mantenen per sobre dels nivells del període 2010-2019 (Rodrigo, 2025). Les dades de l'Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (ACAB, 2023) també van en aquesta línia, ja que expliquen que entre 2018 i 2021 els nous

casos van augmentar un 61,1%, especialment en dones joves d'entre 12 i 25 anys,

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2025), els TCA solen aparèixer durant l'adolescència i la joventut, amb una prevalença estimada del 0,1% entre els 10 i els 14 anys i del 0,4% entre els 15 i els 19 anys. A més d'afectar la salut física, sovint coexisteixen amb altres trastorns mentals com la depressió, l'ansietat i el consum de substàncies. En relació amb la gravetat, l'anorèxia nerviosa presenta la taxa de mortalitat més elevada entre els trastorns mentals i pot conduir a una mort prematura per complicacions mèdiques o suïcidi (OMS, 2025), una dada coherent amb l'ACAB (2023), que situa la mortalitat dels TCA al voltant del 5%, amb una cronificació del 25% i una recuperació aproximada del 70% després d'un període mitjà de 4 a 5 anys.

1.1.2. El model transdiagnòstic de Christopher G. Fairburn (2009)

Un dels models més utilitzats per entendre els trastorns de la conducta alimentària és el model transdiagnòstic proposat per Christopher G. Fairburn (2009), en el qual planteja que aquests trastorns comparteixen mecanismes cognitius i emocionals comuns i aquests contribueixen al seu manteniment, independentment del diagnòstic específic (Fairburn, 2008). Aquest enfocament sorgeix en part perquè els TCA mostren una baixa estabilitat diagnòstica, observant-se amb freqüència el canvi entre diferents categories diagnòstiques al llarg del temps (Fairburn, 2003, citat en Gómez, 2018).

Segons aquest model, un dels processos centrals és l'autoavaluació disfuncional, caracteritzada per la sobrevaloració del control de la ingesta d'aliments, el pes i l'aparença física, que passa a ocupar un paper central en l'autoestima i l'autoconcepte de la persona. En aquest context, l'autoestima acostuma a ser baixa o molt baixa, de manera que la persona intenta augmentar-la a través de l'autocontrol i la disciplina relacionats amb l'alimentació i el pes. Així mateix, el model identifica el perfeccionisme clínic com un altre element important, entès com la tendència a intentar aconseguir estàndards extremadament elevats en diferents àmbits de la vida (Jiménez, 2024).

Aquest esquema cognitiu sovint va acompanyat de dietes estrictes i conductes de control del pes, fet que pot derivar tant en una pèrdua significativa de pes com en episodis d'afartaments. Aquests últims poden aparèixer com a conseqüències d'una fam extrema, situacions estressants, dificultats interpersonals o canvis emocionals intensos, generant un estat d'afectivitat negativa que els afartaments ho calmen temporalment. D'aquesta manera, aquestes conductes contribueixen a reforçar i mantenir l'esquema disfuncional inicial, perpetuant el trastorn (Jiménez, 2024).

A més, diversos estudis han assenyalat la presència de factors transdiagnòstics pot afectar la manera de pensar i sentir i això influeix en la gravetat i l'evolució dels TCA, com l'evitació existencial, la intolerància a la incertesa, la rigidesa cognitiva amb tendència a la rumiació, l'autoexigència, la impulsivitat i la hipersensibilitat al rebuig (Fulton et al., 2012; Brown et al., 2017; Cano, Fernández, Sáenz, Moreno i Leal, 2016; Treasure, Cardi, Leppanen i Turton, 2015; Hill, Peck, Wierenga i Kaye, 2016 citat en Gómez, 2018). En aquesta línia, també s'ha detectat la importància de la regulació emocional, ja que l'afecte negatiu, l'evitació emocional i la sensibilitat a l'ansietat s'han associat amb el desenvolupament i el manteniment d'aquests trastorns (Mallorquí-Bagué et al., 2018, citat en Gómez, 2018).

1.2 Els factors de risc

Els factors de risc són aquelles variables o circumstàncies que incrementen la probabilitat que una persona desenvolupi un determinat trastorn, tot i que no en determinen necessàriament l'aparició. En el cas dels trastorns de la conducta alimentària, la literatura assenyalava que són trastorns d'origen multifactorial, resultat de la interacció entre factors biològics, psicològics, socioculturals (Canals & Val, 2022; Carratalá-Ricart & Julián, 2023).

1.2.1. Els factors socioculturals i familiars

Els factors socioculturals tenen un paper central tant en l'etiologia com en el manteniment dels TCA, la literatura científica actual destaca que els factors socioculturals tenen la seva major influència en dones adolescents i joves, ja que és l'etapa evolutiva de màxima vulnerabilitat (Canals & Val, 2022; Monterrosa-Castro et al., 2012). Un dels principals factors de risc és la pressió

social cap a un cos prim, que s'associa amb l'èxit, l'autocontrol i l'acceptació social, mentre que el sobrepès es vincula amb manca d'atractiu o fracàs. Aquesta idea cultural del cos ideal influeix directament en l'autoavaluació corporal (Gismero, 2020).

En aquest context, la internalització de l'ideal de la bellesa i la pressió per aprimar-se constitueixen factors de risc clau, ja que s'han associat amb un increment de la insatisfacció corporal, la pràctica de dietes restrictives i la simptomatologia pròpia dels TCA (Gismero, 2020). Els mitjans de comunicació transmeten aquests ideals, reforçant de manera continuada models corporals poc realistes, i l'exposició prolongada a aquests continguts s'ha relacionat amb un major risc de desenvolupar aquests trastorns (Monterrosa-Castro et al., 2012).

El grup d'iguals també exerceix una influència significativa, sobretot durant l'adolescència, etapa en què la validació social té un paper clau en la construcció de la identitat. La presència d'amistats que mostren preocupació pel pes, realitzen dietes o fan comentaris crítics sobre la figura corporal s'associa amb un augment de la insatisfacció corporal i amb conductes de control de pes (Carratalá-Ricart & Julián, 2023). Així mateix, les burles o comentaris negatius sobre l'aspecte físic actuen com a factors predictors de simptomatologia de TCA (Plumed et al., 2019, citats a Carratalá-Ricart & Julián, 2023).

D'altra banda, determinats contextos esportius o professionals en què es valora especialment la imatge corporal, com la dansa, la gimnàstica o el modelatge, també s'han associat amb un major risc, ja que reforcen la importància del cos com a element central d'èxit (Canals & Val, 2022). Cal destacar també les diferències de gènere, ja que mentre que en les dones predomina la pressió cap a un cos prim, en els homes aquesta pressió es dirigeix cap a un cos musculat i atlètic (Maganto, 2011).

Dins dels factors socioculturals, l'entorn familiar té una influència rellevant en la configuració dels hàbits alimentaris, la imatge corporal i el desenvolupament emocional. La qualitat dels vincles afectius, especialment amb les figures parentals, s'ha relacionat amb la simptomatologia dels TCA

(Cortés-García et al., 2019 citats a Carratalá-Ricart i Julián 2023). Factors com la baixa expressió afectiva, les altes expectatives, la sobreprotecció o la preocupació familiar pel pes poden afavorir la internalització d'exigències relacionades amb la imatge corporal (Cortés-García et al., 2019; Frieiro et al., 2021; Monterrosa-Castro et al., 2012).

A més, altres aspectes com la poca comunicació familiar, la presència de conflictes o problemes parentals amb substàncies, així com experiències negatives durant la infància (com l'abús o la negligència), s'han associat amb un major risc de desenvolupar un TCA (Gismero, 2020). També s'ha assenyalat la influència dels estils educatius i dels hàbits alimentaris familiars, així com situacions de desestructuració familiar, que poden contribuir a augmentar la vulnerabilitat (Monterrosa-Castro et al., 2012).

1.2.2. Els factors biològics/ genètics

Els factors biològics i genètics tenen un paper important en la predisposició als TCA. La presència d'antecedents familiars, especialment d'anorèxia nerviosa, incrementa notablement el risc de desenvolupar el trastorn. Els estudis amb bessons indiquen que una part significativa del risc pot ser atribuïda a factors genètics, fet que evidencia una base hereditària rellevant (Canals & Val, 2022).

A nivell biològic, s'han identificat alteracions en diversos sistemes implicats en la regulació de la conducta alimentària. Entre aquests destaquen els neurotransmissors, com la serotonina, relacionats amb la regulació de l'estat d'ànim i la conducta alimentària, així com alteracions en l'eix hipotàlem-hipofisiari i en mecanismes hormonals implicats en la gana i la sacietat. Aquestes alteracions són especialment rellevants en trastorns com l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i el trastorn per afartament (Canals & Val, 2022).

Així mateix, s'han observat similituds entre els TCA i altres trastorns afectius, com la depressió, sobretot pel que fa al funcionament de les hormones i el cervell (Fava et al., 1989 citat en Maganto, 2011). Els estudis més recents, incloent els d'associació del genoma complet, suggereixen la implicació de mecanismes metabòlics, immunes i de regulació energètica, especialment en

l'anorèxia nerviosa, fet que ha portat a conceptualitzar-la com un trastorn amb components tant psicològics com metabòlics (Canals & Val, 2022).

1.2.3. Factors psicològics

Els factors psicològics constitueixen un dels àmbits amb més evidència en el desenvolupament dels TCA (Carratalá-Ricart & Julián, 2023). Entre els principals factors de risc destaquen determinats trets de personalitat, com el perfeccionisme, l'elevada autoexigència, la baixa autoestima i la hipersensibilitat social, així com la insatisfacció corporal, considerada un dels factors més rellevants (Canals & Val, 2022). Així mateix, els joves amb risc més alt de patir un TCA presenten puntuacions més elevades en perfeccionisme i més baixes en autoestima (Gutiérrez et al., 2015, citat a Carratalá-Ricart & Julián, 2023), mentre que una autoestima elevada actua com a factor protector (Mora et al., 2022, citat a Carratalá-Ricart & Julián, 2023).

Les alteracions emocionals també juguen un paper clau. La presència prèvia de trastorns d'ansietat, depressió o trastorn obsessivocompulsiu incrementa la probabilitat de desenvolupar un TCA (Beato-Fernández et al., 2007; Ferreiro et al., 2014, citats a Carratalá-Ricart & Julián, 2023). A més, la interacció entre patiment emocional i altres factors com la impulsivitat o les conductes restrictives pot donar lloc a diferents manifestacions del trastorn (Canals & Val, 2022).

Finalment, altres factors psicològics rellevants inclouen la dificultat per identificar i expressar emocions, la necessitat d'aprovació externa, la tendència a evitar conflictes, la rigidesa cognitiva i els problemes d'identitat, tots ells associats a una major vulnerabilitat davant els TCA (Monterrosa-Castro et al., 2012). En aquesta línia, dins dels factors de risc psicològics destaquen també la insatisfacció corporal, l'autoexigència i la flexibilitat cognitiva, variables que seran objecte d'estudi en aquest TFG i que es desenvoluparan amb més profunditat en l'apartat següent.

1.3. Insatisfacció corporal, flexibilitat cognitiva i l'autoexigència

1.3.1. La insatisfacció corporal

“La insatisfacció corporal fa referència a la percepció negativa que una persona sent cap al seu propi cos, generalment en comparació amb els ideals de bellesa predominants en la societat” (Heider et al., 2018). Aquest concepte implica la creença que determinades parts del cos són massa grans o inadequades, especialment després dels canvis corporals associats a la pubertat (Behar et al., 2014). Diversos autors assenyalen que la insatisfacció corporal pot actuar com a factor predisponent, precipitant i mantenidor dels TCA, ja que condiciona la manera com la persona interpreta el seu cos i pot afavorir l'aparició de conductes de risc relacionades amb l'alimentació i el control del pes (Baladia, 2016, citat en Garner, 1993).

Segons Gustavo Estrada-Araoz et al. (2024), s'ha observat que les dones presenten nivells més elevats d'insatisfacció corporal en comparació amb els homes, fet que s'explica, en part, per una major pressió social i cultural sobre l'aparença física femenina. A més, pel que fa a l'edat, els joves mostren una major insatisfacció corporal que els adults, possiblement perquè es troben en una etapa vital més influenciada pels ideals de bellesa i per la necessitat d'acceptació social.

La insatisfacció corporal es considera un dels predictors més consistents del desenvolupament de TCA, especialment en el gènere femení i durant l'adolescència i la joventut, i el risc augmenta quan la insatisfacció corporal s'associa amb la baixa autoestima, afectivitat negativa o simptomatologia depressiva (Canals & Val, 2022).

L'evidència científica mostra que les persones amb TCA presenten nivells significativament més alts d'insatisfacció corporal que les persones sense aquest diagnòstic (Vargas et al., 2010). A més, la investigació indica que existeix una relació directa entre el grau d'insatisfacció corporal i la severitat de la simptomatologia alimentària, de manera que a mesura que augmenta la insatisfacció amb el cos també tendeixen a augmentar les conductes característiques dels TCA, com la restricció alimentària, la preocupació pel pes o els episodis d'afartament (Carretero et al., 2009).

1.3.2. La flexibilitat cognitiva

La flexibilitat cognitiva "fa referència a l'habilitat per canviar ràpidament d'una resposta a una altra, utilitzant estratègies alternatives, la qual cosa implica analitzar les conseqüències de la conducta i aprenentatge dels errors" (Álvarez et al., 2021). Es tracta d'una funció executiva que forma part d'un conjunt d'habilitats cognitives que es desenvolupen progressivament al llarg de la infància i adolescència, anant augmentant a mesura que augmenta l'edat i assolint un major nivell de maduresa en l'edat adulta (Buttelmann & Karbach, 2017). No obstant això, no existeix evidència concloent sobre diferències significatives en funció del sexe.

En relació amb els trastorns de la conducta alimentària, diversos estudis han assenyalat que les funcions executives poden veure's afectades, especialment la flexibilitat cognitiva, per tant, ha sigut una de les més estudiades (Rodríguez & Jáuregui-Lobera, I., 2023). Les persones amb TCA poden mostrar més rigidesa cognitiva i dificultats per modificar patrons de pensament o conducta, fet que afavoreix el manteniment de creences disfuncionals relacionades amb l'alimentació, el pes i la imatge corporal (Montoya, 2025). Aquestes dificultats s'han observat en trastorn com l'anorèxia, la bulímia nerviosa i el trastorn per afartament, i en alguns casos també en alguns familiars propers. Això fa pensar que la rigidesa cognitiva podria ser una característica que predisposa a patir aquests trastorns, és a dir, un tret que pot estar present abans que aparegui el TCA (Álvarez et al., 2021). A més, factors associats als trastorns, com la malnutrició o les alteracions fisiològiques, poden afectar el funcionament cerebral i influir negativament en processos cognitius, incloent-hi la flexibilitat cognitiva (Lafuente, 2024).

Analitzant altres variables neuropsicològiques i emocionals associades als TCA, s'ha trobat que les persones amb aquest trastorn poden presentar alteracions en diverses funcions executives, com la planificació, la memòria de treball o la resolució de problemes, així com dificultats en el control conductual i en la regulació emocional, factors que poden afavorir el manteniment d'aquests trastorns (Rodríguez & Jáuregui-Lobera, 2023). En la mateixa línia, s'han observat que fins i tot les persones amb risc de

desenvolupar TCA poden mostrar dificultats en la flexibilitat del pensament i en la planificació, la qual cosa suggereix que aquestes alteracions cognitives podrien aparèixer abans del desenvolupament complet del trastorn (Nayelli & Golden, 2008). Per tant, Montoya (2025), suggereix que les futures intervencions haurien d'anar orientades a millorar la flexibilitat cognitiva i reduir els patrons de pensament rígids, d'aquesta manera complementar els tractaments psicològics dels TCA actuals.

1.3.3. L'autoexigència

L'autoexigència "fa referència a la tendència d'una persona a establir estàndards molt elevats de rendiment i a avaluar-se de manera excessivament crítica quan aquests no s'assoleixen" (Behar, 2011). En l'autoexigència s'ha de destacar el caràcter multidimensional, diferenciant entre una dimensió adaptativa, associada a establir-se objectius elevats i la motivació per aconseguir-los, i una dimensió desadaptativa, caracteritzada per tenir uns estàndards personals impossibles d'aconseguir-los, i això porta a una preocupació excessiva pels errors i una autocrítica intensa (Scappatura et al., 2017).

En relació amb els trastorns de la conducta alimentària, l'autoexigència s'ha identificat com un factor de risc important i una característica de la personalitat freqüent en les persones que presenten aquest trastorn (Laporta-Herrero et al., 2020). Diverses investigacions amb joves mostren que aquells amb TCA o amb risc de desenvolupar-ne presenten puntuacions més elevades en la dimensió desadaptativa de l'autoexigència, especialment en la percepció dels estàndards personals i el rendiment real (Scappatura et al., 2017). En aquesta línia, també s'ha observat que els joves amb TCA que presenten alts nivells d'autoexigència mostren més simptomatologia depressiva, més insatisfacció corporal i nivells més baixos d'autoestima (Laporta-Herrero et al., 2020). A més, aquest tret s'ha relacionat amb altres variables psicològiques implicades en els TCA, com la baixa autoestima, l'estrès o determinats hàbits alimentaris disfuncionals, fet que porta a considerar-lo no només com un factor de risc, sinó també com un possible factor predisponent i mantenidor del trastorn (Behar, 2011).

A més, la literatura científica suggereix que existeixen diferències en la manifestació de l'autoexigència segons l'edat i el gènere. Segons Bardone-Cone et al. (2007) les dones presenten nivells més elevats d'autoexigència vinculada a la imatge corporal i al pes, fet que podria explicar la seva major vulnerabilitat als TCA. Pel que fa a l'edat, la literatura no mostra evidència concloent que indiqui diferències clares en el nivells d'autoexigència entre joves i adults, però sí que s'han observat diferències en el seu paper dins dels TCA, l'adolescència és una etapa crítica, en la qual l'autoexigència actua com a factor de risc en el desenvolupament dels TCA, mentre que en l'edat adulta tendeix a actuar com un factor mantenidor del trastorn (Fairburn et al., 2003; Shafran et al., 2002).

2. Objectius i hipòtesis

2.1. Objectiu general

Analitzar la relació entre la insatisfacció corporal, l'autoexigència i la flexibilitat cognitiva amb la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) en població general sense cap diagnòstic previ.

2.2. Objectius específics

1. Descriure els nivells d'insatisfacció corporal, d'autoexigència, de flexibilitat cognitiva i simptomatologia de TCA en la mostra estudiada.
2. Analitzar l'associació dels factors de risc (la insatisfacció corporal, l'autoexigència) i un factor protector (la flexibilitat cognitiva) amb la simptomatologia dels TCA.
3. Examinar les diferències en la simptomatologia dels TCA funció del gènere i de l'edat (Adults joves: 18-29 anys i adults: més de 29).
4. Examinar les diferències entre els factors de risc (la insatisfacció corporal i l'autoexigència) i els factors protectors (la flexibilitat cognitiva) en funció del gènere i l'edat.
5. Analitzar si l'associació entre la simptomatologia dels TCA i les variables d'insatisfacció corporal, autoexigència i flexibilitat cognitiva és diferent en funció del gènere i l'edat.

2.3. Hipòtesis

D'aquests objectius, i d'acord amb el que evidencien els estudis previs descrits al marc teòric, se'n deriven les hipòtesis següents:

Hipòtesi 1: Respecte a l'objectiu 2, s'establiria una correlació positiva i significativa entre puntuacions més elevades en insatisfacció corporal i puntuacions més elevades en la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària (TCA).

Hipòtesi 2: S'esperaria una correlació positiva i significativa entre puntuacions més elevades en autoexigència i puntuacions més elevades en la simptomatologia dels TCA.

Hipòtesi 3: S'hipotetitzaria una correlació negativa i significativa entre puntuacions elevades en flexibilitat cognitiva i la simptomatologia dels TCA.

Hipòtesi 4: Respecte a l'objectiu 3, les dones presentarien puntuacions significativament més elevades en la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) en comparació amb els homes.

Hipòtesi 5: Els Adults joves (de 18 a 29 anys) presentarien puntuacions significativament més elevades en la simptomatologia dels TCA en comparació amb els adults.

Hipòtesi 6: Respecte a l'objectiu 4, les dones presentarien puntuacions més elevades en els factors de risc, concretament en insatisfacció corporal i autoexigència, en comparació amb els homes.

Hipòtesi 7: Els homes presentarien puntuacions més elevades en flexibilitat cognitiva, com a factor protector, en comparació amb les dones.

Hipòtesi 8: Els adults joves presentarien puntuacions més elevades en els factors de risc, en comparació amb els adults.

Hipòtesi 9: Els adults presentarien puntuacions més elevades en flexibilitat cognitiva, en comparació amb els joves.

Hipòtesi 10: Respecte a l'objectiu 5, s'esperaria que l'associació entre la simptomatologia dels TCA i els factors de risc, concretament la insatisfacció corporal i l'autoexigència, sigui més forta en dones que en homes.

Hipòtesi 11: S'esperaria que l'associació entre la simptomatologia dels TCA i els factors de risc, concretament la insatisfacció corporal i l'autoexigència, sigui més forta en adults joves que en els adults.

Hipòtesi 12: S'esperaria que l'associació entre la simptomatologia dels TCA i el factor protector, la flexibilitat cognitiva, sigui més forta en homes que en dones.

Hipòtesi 13: S'esperaria que l'associació entre la simptomatologia dels TCA i el factor protector, la flexibilitat cognitiva, sigui més forta en els adults que en adults joves.

3. Metodologia

3.1. Participants

Els criteris d'inclusió van ser: (1) tenir més de 18 anys, (2) tenir accés a internet i (3) entendre el castellà. La mostra final estava formada per un total de 105 persones voluntàries, de la població general, dels quals 19 (18%) són homes, 84 (80%) són dones, 1 (1%) no-binari i 1 (1%) altres. Les edats estan compreses entre 18 i 64 anys, amb una mitjana de $M=36,6$ i una desviació típica de $DT=15,1$.

3.2. Instruments

Per a dur a terme l'estudi, s'han utilitzat els instruments que es descriuran a continuació, a més d'unes preguntes prèvies on es recollien dades sociodemogràfiques elaborades específicament per aquesta investigació, on el que es preguntava als participants era l'edat, el gènere i nivell d'estudis realitzats, així com informació sobre si havien patit un trastorn de la conducta alimentària en el passat o si en presentaven un en el moment actual.

Test d'actituds alimentàries (EAT-26)

S'ha utilitzat la versió espanyola del *Eating Attitudes Test* (EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr i Garfinkel, 1982), adaptada per Gandarillas et al. (2003). Aquest instrument és un qüestionari dissenyat per avaluar actituds i conductes alimentàries de risc associades als trastorns de la conducta alimentària, i s'utilitza habitualment com a eina de cribratge.

L'instrument està format per 26 ítems amb una escala de resposta tipus Likert. Presenta cinc opcions de resposta: mai= 0, quasi mai= 0, a vegades = 1, quasi sempre= 2 i sempre= 3, que posteriorment es recodifiquen en una escala de 0 a 3. La puntuació total està entre 0 i 78, establint-se un punt de tall en 20, de manera que puntuacions superiors indiquen un risc més gran de presentar alteracions en les actituds alimentàries.

Pel que fa a la seva estructura, l'escala s'organitza en tres dimensions principals: Dieta, que avalua conductes d'evitació d'aliments que poden engreixar i la preocupació per la primesa, com ara "*Procuro no comer alimentos que tengan azúcar*"; Bulímia i preocupació pel menjar, que avalua conductes bulímiques i pensaments recurrents sobre el menjar, com "*Vomito después de comer*"; i Control Oral, que avalua l'autocontrol de la ingesta i la pressió percebuda dels altres per guanyar pes, com "*Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que tomo*". Aquestes dimensions permeten avaluar diferents aspectes relacionats amb les conductes de risc alimentàries.

En relació amb les seves propietats psicomètriques, el EAT-26 ha mostrat una consistència interna adequada en diferents contextos culturals, amb valors d'alfa de Cronbach generalment superiors a 0,70 (Arrufat et al., 2007). Pel que fa a la validesa, presenta una validesa convergent moderada, evidenciada mitjançant correlacions significatives amb el qüestionari SCOFF, un instrument breu de cribratge utilitzat per detectar el possible risc de trastorns de la conducta alimentària, com l'anorèxia o la bulímia ($r = 0,483$; $p < 0,001$), així com una estructura factorial multidimensional confirmada mitjançant anàlisis factorials exploratòries i confirmatòries. A més, s'ha demostrat una invariància de mesura estricta entre sexes, fet que reforça la validesa de l'instrument en diferents grups poblacionals (Montoro et al.,

2024). Així mateix, la versió espanyola presenta propietats psicomètriques similars a les de l'instrument original, considerant-se una eina fiable i vàlida per a la detecció de conductes alimentàries de risc (Arrufat et al., 2009). En la mostra d'aquest estudi s'ha obtingut una alfa de Cronbach de .91, per tant indica una fiabilitat excel·lent.

Escala multidimensional del perfeccionisme de Frost (MPS-F)

S'ha utilitzat la versió espanyola del *Frost Multidimensional perfectionism Scale* (MPS-F; Frost et al., 1990), adaptada i validada en població espanyola per Carrasco et al., (2010). Aquesta escala és un instrument utilitzat per l'estudi del perfeccionisme, i té com a objectiu avaluar-lo com un constructe multidimensional, incloent-hi tant components adaptatius com desadaptatius. Consta de 35 ítems amb escala de resposta tipus Likert de 4 punts: mai= 0, poques vegades= 1, la major part de les vegades= 2, sempre= 3. Tot i que originalment es proposaven sis factors (Preocupació pels Errors, Estàndards Personals, Expectatives Parentals, Crítica Parental, Dubtes sobre les Accions i Organització), en l'adaptació espanyola es van identificar quatre factors: por als errors, influències parentals, autoexigència i organització. En l'estudi que he realitzat, en el qüestionari només he utilitzat la dimensió de l'autoexigència, ja que és la variable que volia mesurar.

Com més alta la puntuació resultant, indica una autoexigència més alta. En la versió completa del test, la interpretació dels resultats es realitza segons els punts de tall següent: perfeccionisme baix ($70 \leq \text{puntuació} \leq 90$), normal ($\text{puntuació} \leq 110$), alt ($110 \leq \text{puntuació} \leq 130$) i molt alt ($130 \leq \text{puntuació}$).

Pel que fa a les propietats psicomètriques, els valors de consistència interna es troben entre $\alpha = 0,70$ i $0,95$. En particular, la dimensió d'autoexigència presenta una fiabilitat elevada, amb coeficients al voltant de $\alpha = 0,84-0,87$ en la validació espanyola. Aquestes dades indiquen que es una subescala vàlida i robusta a nivell psicomètric (Carrasco et al., 2010). En la mostra d'aquest estudi, s'ha obtingut una alfa de Cronbach de .86, això indica una fiabilitat bona, per tant, una bona consistència interna.

Inventari de la flexibilitat cognitiva (CFI)

S'ha utilitzat el *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI; Dennis i Vander Wal, 2010), adaptat al castellà per Cabello et al. (2016), per avaluar la flexibilitat cognitiva.

L'instrument consta de 20 ítems amb una escala de resposta tipus Likert de 7 punts, que va d'1 (totalment en desacord) a 7 (totalment d'acord). Permet obtenir una puntuació global de flexibilitat cognitiva, així com dues dimensions: alternatives (capacitat per generar explicacions i solucions alternatives) i control (percepció de control davant situacions difícils).

Pel que fa a les propietats psicomètriques, tant l'estudi original com la seva adaptació espanyola mostren resultats consistents. En l'estudi original, es van obtenir coeficients de consistència interna alts ($\alpha = .91$ per a la subescala Alternatives, $\alpha = .86$ per a Control i $\alpha = .90$ per a la puntuació total), així com una bona estabilitat temporal amb una fiabilitat test-retest de $r = .81$ (Dennis & Vander Wal, 2010). La versió espanyola presenta també una elevada consistència interna, amb valors de Cronbach entre 0.87 i 0.91 i una estabilitat temporal adequada amb correlacions test-retest que oscil·len entre 0.67 i 0.90. Així mateix, presenta una adequada validesa convergent, evidenciada per la seva relació amb variables com l'ansietat, la depressió, etc (Jaén et al., 2024). En la mostra analitzada, l'alfa de Cronbach ha estat de .79, el que indica una fiabilitat acceptable.

Avaluació de la insatisfacció corporal (BSQ)

S'ha utilitzat el *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper, Fairburn, Cooper i Taylor, 1987), adaptat al castellà per Raich et al. (1996), per avaluar la insatisfacció corporal i la preocupació per la imatge corporal.

L'instrument consta de 34 ítems amb una escala de resposta tipus Likert de 6 punts, que va d'1 (mai) a 6 (sempre). Permet obtenir una puntuació global d'insatisfacció corporal. A més, avalua concretament la Preocupació pel Pes "sentirte plena después de una gran comida, ¿te ha hecho sentir gorda?", Preocupació per Aspectes Antiestètics de l'obesitat "¿Te has imaginado

cortando partes gruesas de tu cuerpo?”, Insatisfacció i Preocupació Corporal en General “*¿Te has sentido acomplejada/o por tu cuerpo?”*, Insatisfacció per les Parts Inferiors del Cos “*¿Te has preocupado en que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?”* i l’ús de Vòmit o Laxants per Reduir la Insatisfacció Corporal “*¿Has vomitado para sentirte más delgada?”*”.

La puntuació total del test s’interpreta segons els punts de tall següents: sense preocupació (puntuació < 81), lleu preocupació ($81 \leq \text{puntuació} \leq 110$), preocupació moderada ($111 \leq \text{puntuació} \leq 140$) i preocupació extrema ($140 < \text{puntuació}$). En relació amb les propietats psicomètriques, el BSQ ha mostrat una elevada consistència interna ($\alpha > 0,90$) i una adequada validesa convergent amb mesures de trastorns de la conducta alimentària i insatisfacció corporal (Baile et al., 2002). En la mostra analitzada, l’alfa de Cronbach ha estat de .98 el que indica una fiabilitat excel·lent.

3.3. Procediment

Per recollir les dades, es va crear una enquesta en línia mitjançant Microsoft Forms. Abans d’accedir-hi, es va proporcionar als participants tota la informació necessària sobre l’estudi, incloent-hi els seus objectius, la finalitat de les dades recollides i les garanties de confidencialitat. A més, es va informar el Comitè Ètic de la Universitat Rovira i Virgili sobre la realització de l’estudi. Només podien accedir a l’enquesta aquelles persones que acceptaven explícitament donar el seu consentiment informat, mitjançant una primera pregunta en el qüestionari on ho demanava. Per difondre l’enquesta, es van utilitzar les xarxes socials, concretament WhatsApp i Instagram, amb l’objectiu d’arribar a un nombre més ampli de participants. La participació va ser sempre voluntària i les dades proporcionades van ser anònimes.

3.4. Anàlisi de dades

Aquest estudi es basa en un disseny transversal, descriptiu i correlacional, ja que la recollida de dades s’ha realitzat en un únic moment temporal mitjançant qüestionaris administrats a població general, i es pretén analitzar la relació entre diferents variables sense establir relacions causals.

En primer lloc, es van dur a terme anàlisis descriptius de la mostra per tal de caracteritzar les variables sociodemogràfiques i principals variables d’estudi.

(mitjanes, desviacions típiques, freqüències i percentatges). A més, en el cas de la simptomatologia dels TCA, es va tenir en compte el punt de tall de l'EAT-26. Concretament, es va crear una variable dicotòmica per identificar les persones amb possible risc de TCA, considerant les puntuacions inferiors a 20 com a absència de risc i les puntuacions iguals o superiors a 20 com a indicadores de possible risc de TCA.

Abans de procedir amb els anàlisis inferencials, es va comprovar la normalitat de les dades mitjançant la prova de Kolmogorov-Smirnov, ja que la mida és superior a 50 participants. Aquest anàlisi va permetre determinar si es podien utilitzar proves paramètriques o si, per contra, va ser necessari utilitzar proves no paramètriques. A més, es van revisar els valors d'asimetria i curtosi de les variables principals per valorar el grau de desviació respecte a la normalitat. Aquests valors van permetre complementar la interpretació de la prova de normalitat, ja que indiquen fins a quin punt la distribució de cada variable s'allunya d'una distribució normal.

Per testar les hipòtesis 1, 2, 3 relatives a la relació entre la insatisfacció corporal, l'autoexigència, la flexibilitat cognitiva i la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària, es va utilitzar el coeficient de Pearson en cas que les dades haguessin seguit una distribució normal, o el coeficient de correlació de Spearman en cas contrari.

Pel que fa la hipòtesi 4, en què es va plantejar que les dones presentaran puntuacions significativament més elevades en simptomatologia dels TCA en comparació amb els homes, per tant, es va utilitzar la prova t de Student en cas que haguessin complert els supòsits de normalitat, o la prova U de Mann-Whitney en cas contrari.

En relació amb la hipòtesi 5, es va plantejar que els adults joves presentarien puntuacions significativament més elevades en simptomatologia dels TCA en comparació amb els adults. Abans de dur a terme l'anàlisi, els participants es van classificar en dos grups d'edat: adults joves, d'entre 18 i 29 anys, i adults, de més de 29 anys. Aquesta classificació es va establir tenint en compte que l'etapa dels 18 als 29 anys es pot considerar dins del període d'adultesa emergent, una etapa de transició cap a l'edat adulta amb característiques

pròpies a nivell evolutiu i psicosocial (Arnett et al., 2014). Per aquest motiu, en aquest estudi s'ha utilitzat el terme adults joves per referir-se als participants d'entre 18 i 29 anys. Posteriorment, es va seguir el mateix procediment que en la comparació per gènere: en cas que es complissin els supòsits de normalitat, s'hauria utilitzat la prova *t* de Student per a mostres independents, mentre que, en cas contrari, s'hauria aplicat la prova U de Mann-Whitney. D'aquesta manera, es van comparar les puntuacions en simptomatologia dels TCA entre adults joves i adults.

Respecte a les hipòtesis 6, 7, 8 i 9, es va plantejar examinar les diferències en els factors de risc (insatisfacció corporal i autoexigència) i en el factor protector (flexibilitat cognitiva) segons el gènere i l'edat. Si les variables seguien una distribució normal, s'utilitzaria la prova *t* de Student per a mostres independents, en cas contrari, s'utilitzaria la prova U de Mann-Whitney. En les comparacions entre grups, en cas d'utilitzar la prova *t* de Student, es va plantejar calcular la mida de l'efecte mitjançant la *d* de Cohen. En cas d'utilitzar la prova U de Mann-Whitney, la mida de l'efecte es calcularia mitjançant l'estadístic *r*, a partir de la fórmula $r = Z / \sqrt{N}$, amb l'objectiu de valorar la magnitud de les diferències observades. Així, es van comparar les puntuacions d'insatisfacció corporal i autoexigència entre dones i homes, i entre adults joves i adults. També es van comparar les puntuacions de flexibilitat cognitiva entre homes i dones, així com entre adults i adults joves.

Respecte a les hipòtesis 10, 11, 12 i 13, es va plantejar examinar si l'associació entre la simptomatologia dels TCA i els factors de risc (insatisfacció corporal i autoexigència), així com amb el factor protector (flexibilitat cognitiva), varia en funció del gènere i de l'edat. Si seguien una distribució normal, es va planificar utilitzar la correlació de Pearson; en cas contrari, s'utilitzaria la correlació de Spearman. Les correlacions es van calcular separatament segons el gènere i segons el grup d'edat. Posteriorment, es van comparar les correlacions independents mitjançant la transformació *Z* de Fisher, amb l'objectiu de determinar si la força de les associacions entre grups era estadísticament diferent.

Tots aquests anàlisis estadístics es van fer amb l'IBM SPSS Statistics 29.0.1.0 (Statistical Package for the Social Sciences) i la comparació independents

mitjançant la transformació de Z de Fisher es va realitzar amb la calculadora en línia de Psychometrica. En tots els casos es va considerar un nivell de significació estadística de $p < .05$.

4. Resultats

Descripció de la mostra

Per començar, es pot observar els estadístics descriptius de les dades sociodemogràfiques (Taula 1) recollides en l'enquesta. Amb una mostra de $N=105$, el 19% eren homes i el 80% dones, amb edats compreses entre 18 i 64 anys, amb una mitjana de $M=36,6$ i una desviació típica de $DT=15,1$. En relació amb el nivell educatiu, 7 participants (7%) tenen estudis primaris, 8 (8%) estudis secundaris, 23 (22%) batxillerat o COU, 21 (20%) formació professional, 32 (30%) estudis superiors (diplomatura, grau, llicenciatura o enginyeria), 12 (11%) màster i 2 (2%) doctorat.

Pel que fa als antecedents de TCA, 15 participants van indicar haver patit un trastorn de la conducta alimentària en algun moment de la seva vida. Concretament, 9 van informar haver patit anorèxia, 3 bulímia i 3 trastorn per afartament. D'aquestes persones, 5 van indicar que actualment encara presentaven un TCA: 4 casos d'anorèxia i 1 cas de trastorn per afartament.

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

		Freqüència	Percentatge
Estudis	Estudis primaris	7	7
	Estudis secundaris	8	8
	Batxillerat/COU	23	22
	Formació professional	21	20
	Diplomatura/ Grau/ Llicenciatura/ Enginyeria	32	31
	Màster	12	11
	Doctorat	2	2
	Total	105	100
Gènere	Dones	84	80
	Homes	19	18
	No binari	1	1
	Altres	1	1

	Total	105	100
Antecedents de TCA	Sí	15	14
	No	90	86
	Total	105	100
TCA actual	Sí	5	5
	No	100	95
	Total	105	100

Descripció de les variables d'insatisfacció corporal, autoexigència, flexibilitat cognitiva i simptomatologia de TCA en la mostra estudiada

A la Taula 2 es presenten els estadístics descriptius de les variables principals de l'estudi. La simptomatologia dels TCA presenta una mitjana de 10,19 punts (DT = 9,28), mentre que l'autoexigència va obtenir una mitjana de 11,93 (DT = 4,85). Pel que fa a la flexibilitat cognitiva, la mitjana va ser de 100,70 (DT = 11,15), i la insatisfacció corporal va presentar una mitjana de 83,93 (DT = 37,71).

Taula 2. Desviació típica i mitjana de les variables estudiades.

	Mitjana	Desviació típica
Simptomatologia de TCA	10,19	9,28
Autoexigència	11,93	4,85
Flexibilitat cognitiva	100,70	11,15
Insatisfacció corporal	83,93	37,71

A partir del punt de tall de l'EAT-26 (es considera risc una puntuació igual o més de 20), es va classificar la mostra segons el possible risc de TCA (Taula 3). Els resultats mostren que 96 participants (91%) es troben per sota del punt de tall, mentre que 9 participants (9%) van obtenir puntuacions iguals o superiors a 20, indicant possible risc de TCA.

Taula 3. Distribució del risc de TCA segons el punt de tall de l'EAT-26

Risc de TCA	Freqüència	Percentatge
No risc de TCA	96	91
Risc de TCA	9	9
Total	105	100

Proves de normalitat

Els resultats obtinguts a la prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov (Taula 4) indiquen que totes les variables analitzades presenten valors de significació inferiors a ,05. Per tant, la simptomatologia dels TCA, l'autoexigència, la flexibilitat cognitiva i la insatisfacció corporal no segueixen una distribució normal. Per tant, no es compleix el supòsit de normalitat en cap de les variables estudiades.

Taula 4. Prova de normalitat Kolmogorov-Smirnov

	Estadístic	gl	Sig
Simptomatologia de TCA	,24	105	< ,01**
Autoexigència	,10	105	< ,01**
Flexibilitat cognitiva	,10	105	< ,01**
Insatisfacció corporal	,14	105	< ,01**

*p < ,05; **p < ,01

A més de la prova de Kolmogorov-Smirnov, es van revisar els valors d'asimetria i curtosi per valorar el grau de desviació respecte a la normalitat (Taula 5). La variable simptomatologia dels TCA va mostrar una asimetria positiva elevada i una curtosi també elevada, fet que indica una desviació important de la normalitat. La insatisfacció corporal també va presentar una certa asimetria positiva, mentre que la flexibilitat cognitiva va mostrar una desviació moderada. En canvi, l'autoexigència va presentar valors d'asimetria i curtosi propers a 0, indicant una distribució més pròxima a la normalitat. Tot i això, atès que la prova de Kolmogorov-Smirnov va resultar significativa en totes les variables, es va optar per utilitzar proves no paramètriques.

Taula 5. Valors d'asimetria i curtosi

	Asimetria	Curtosi
Simptomatologia de TCA	2,62	7,85
Autoexigència	0,38	-0,17
Flexibilitat cognitiva	-0,60	1,81
Insatisfacció corporal	1,16	0,84

Atès que les variables no segueixen una distribució normal, es va utilitzar el coeficient de correlació de Spearman per analitzar la relació entre les variables estudiades (taula 6).

Relació entre la simptomatologia dels TCA i els factors de risc i el factor protector

Els resultats mostren una correlació positiva forta i significativa entre la insatisfacció corporal i la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària ($\rho = ,69$; $p < ,001$). També es van observar correlacions positives moderades i significatives entre l'autoexigència i la simptomatologia TCA ($\rho = ,35$; $p < ,001$). Per tant, amb un 95% de confiança es rebutgen les hipòtesis nul·les i s'accepten les alternatives, ja que s'ha trobat una relació positiva i significativa entre les variables analitzades. En canvi, la flexibilitat cognitiva no va mostrar correlacions estadísticament significatives amb la simptomatologia dels TCA ($\rho = ,05$; $p = ,65$). Així, no es pot afirmar que existeixi una relació significativa entre aquestes dues variables en aquesta mostra.

Taula 6. Correlació de Spearman de les variables autoexigència, flexibilitat cognitiva i insatisfacció corporal, relacionat amb la simptomatologia de TCA.

	Coeficient de correlació	Sig	N
Simptomatologia de TCA- Insatisfacció corporal	,69	<,01**	105
Simptomatologia de TCA- Autoexigència	,35	<,01**	105
Simptomatologia de TCA- Flexibilitat cognitiva	,05	,65	105

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

Diferències en simptomatologia del TCA en funció del gènere i l'edat

Per a poder contrastar la hipòtesi 4, es va aplicar la prova U de Mann-Whitney per comparar la simptomatologia dels TCA en funció del gènere (Taula 7). Els resultats van mostrar diferències estadísticament significatives entre homes

i dones ($U = 525,00$, $Z = -2,33$, $p < ,05$). Concretament, les dones van presentar un rang mitjà superior ($RM = 55,25$) als dels homes ($RM = 37,63$), això indica puntuacions més elevades en simptomatologia de TCA. Per tant, es rebutja la hipòtesi nul·la i s'accepta la hipòtesi alternativa: les dones presenten puntuacions significativament més elevades en simptomatologia dels TCA que els homes.

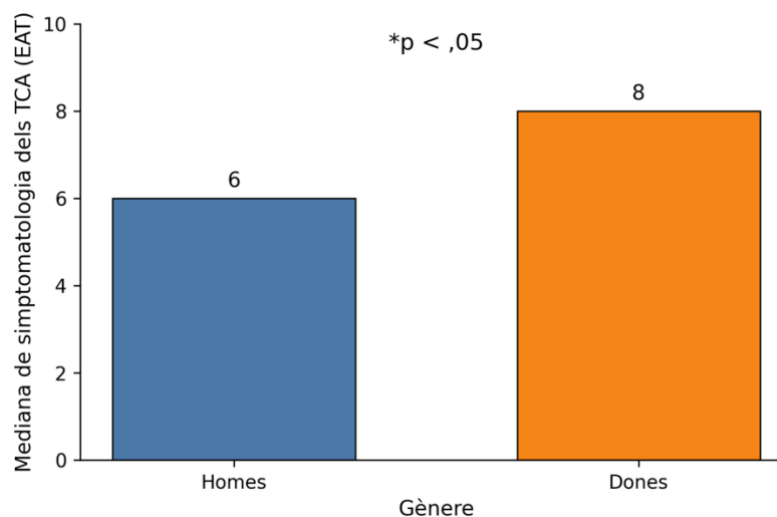
Cal tenir en compte que aquesta comparació es va fer només entre homes i dones, excloent les categories "no binari" i "altres" a causa del baix nombre de casos en aquests grups.

Taula 7. Prova U de Mann-Whitney per comprovar la simptomatologia dels TCA en funció del gènere.

	Homes RM	Dones RM	U de Mann Whitney	Z	Sig
Simptomatologia de TCA	37,63	55,25	525,00	-2,33	<,05*

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

Figura 1. Diferències en simptomatologia dels TCA segons el gènere



Nota. Es representen únicament homes i dones, ja que la comparació estadística es va realitzar entre aquests dos grups. Les dones van presentar puntuacions significativament més elevades en simptomatologia dels TCA que els homes ($p < ,05$).

Per a poder comprovar la hipòtesi 5 es va aplicar la prova U de Mann-Whitney per comparar la simptomatologia dels TCA entre adults joves i adults. Els resultats no van mostrar diferències estadísticament significatives entre els dos grups ($U = 1235,50$, $Z = -0,91$, $p = ,36$). Tot i que els adults van presentar un rang mitjà superior ($RM = 55,62$) al dels adults joves ($RM = 50,23$), aquesta diferència no va ser significativa. Per tant, no es rebutja la hipòtesi nul·la i no s'accepta la hipòtesi alternativa, segons la qual els adults joves presentarien puntuacions significativament més elevades en simptomatologia dels TCA que els adults.

Taula 8. Prova U de Mann-Whitney per comprovar la simptomatologia dels TCA en funció de l'edat.

	Adults Joves RM	Adults RM	U de Mann Whitney	Z	Sig
Simptomatologia de TCA	50,23	55,63	1235,50	-,91	,36

Diferències en autoexigència, insatisfacció corporal i flexibilitat cognitiva en funció del gènere i edat

Els resultats no van mostrar diferències estadísticament significatives entre homes i dones en autoexigència ($U = 669,50$, $Z = -1,09$, $p = ,27$). Tot i que les dones van presentar un rang mitjà superior ($RM = 53,53$) als dels homes ($RM = 45,24$), aquesta diferència no va ser significativa. Per tant no es rebutja la hipòtesi nul·la en relació amb l'autoexigència. En canvi, sí que es van trobar diferències estadísticament significatives en insatisfacció corporal ($U = 327,50$, $Z = -4,00$, $p < ,001$). Les dones van presentar un rang mitjà superior ($RM = 57,60$) al dels homes ($RM = 27,24$), fet que indica puntuacions més elevades en insatisfacció corporal. Per tant, es rebutja la hipòtesi nul·la i s'accepta la hipòtesi alternativa.

Pel que fa a la flexibilitat cognitiva, no es van observar diferències estadísticament significatives entre homes i dones ($U = 619,00$, $Z = -1,52$, $p = ,13$). Les dones van presentar un rang mitjà superior ($RM = 54,13$) al dels homes ($RM = 42,58$), però aquesta diferència no va ser significativa. Per tant,

no es rebutja la hipòtesi nul·la i no s'accepta la hipòtesi alternativa plantejada.

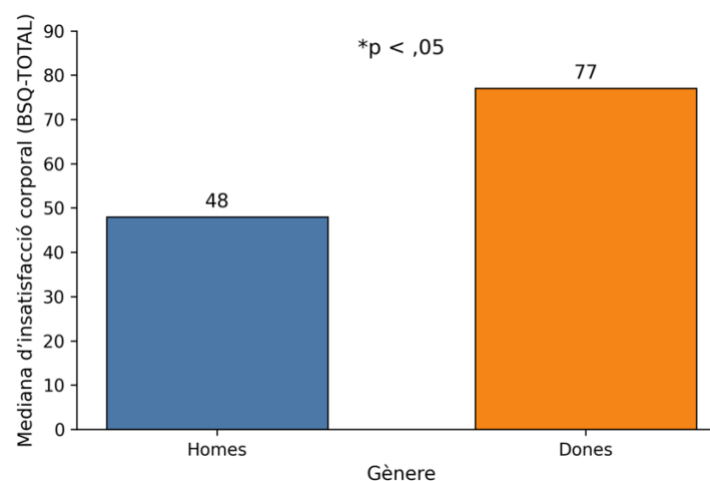
La mida de l'efecte es va calcular mitjançant l'estadístic r a partir de la fórmula $r = Z / \sqrt{N}$ i només per la variable d'insatisfacció corporal, ja que és l'única que ha donat puntuacions estadísticament significatives. Es va obtenir una mida de l'efecte moderada ($r = ,39$), cosa que indica que la diferència entre dones i homes en aquesta variable no només és estadísticament significativa, sinó també és rellevant en termes de magnitud.

Taula 9. Prova U de Mann-Whitney per comprovar les variables estudiades (insatisfacció corporal, flexibilitat cognitiva i autoexigència) en relació amb el gènere i la mida de l'efecte.

	Homes RM	Dones RM	U de Mann Whitney	Z	Sig	r
Autoexigència	45,24	53,53	669,50	-1,09	,27	
Flexibilitat cognitiva	42,58	54,13	619,00	-1,52	,13	
Insatisfacció corporal	27,24	57,60	327,50	-4,00	<,01**	,39

*p < ,05; **p < ,01

Figura 2. Diferències en insatisfacció corporal segons el gènere



Nota. Es representen únicament els resultats d'insatisfacció corporal, ja que han donat puntuacions estadísticament significatives ($p < ,01$).

Per contrastar les hipòtesis 8 i 9, es va aplicar la prova U de Mann-Whitney per comparar les puntuacions d'autoexigència, flexibilitat cognitiva i insatisfacció corporal entre adults joves i adults (taula 10). Els resultats no van mostrar diferències estadísticament significatives en cap de les variables analitzades. En autoexigència, els adults van presentar un rang mitjà superior (RM = 55,55) al dels adults joves (RM = 50,30), però aquesta diferència no va ser significativa ($U = 1239,50$, $Z = -0,88$, $p = ,38$). Pel que fa a la flexibilitat cognitiva, els adults també van presentar un rang mitjà lleugerament superior (RM = 55,23) al dels adults joves (RM = 50,64), però la diferència tampoc va ser significativa ($U = 1256,50$, $Z = -0,77$, $p = ,44$). Finalment, en insatisfacció corporal, els rangs mitjans van ser pràcticament idèntics entre adults joves (RM = 52,99) i adults (RM = 53,01) ($U = 1376,50$, $Z = -0,003$, $p = ,99$). Per tant, no es rebutja la hipòtesi nul·la i no s'accepten les hipòtesis alternatives plantejades en relació amb l'edat.

Taula 10. Prova U de Mann-Whitney per comprovar les variables estudiades (insatisfacció corporal, flexibilitat cognitiva i autoexigència) en relació amb l'edat i la mida de l'efecte.

	Adults RM	Adults Joves RM	U de Mann Whitney	Z	Sig
Autoexigència	55,55	50,30	1239,50	-0,88	,38
Flexibilitat cognitiva	55,23	50,64	1256,50	-0,77	,44
Insatisfacció corporal	53,01	52,99	1376,50	-0,003	,99

Diferències en les associacions entre l'autoexigència, insatisfacció corporal i la flexibilitat cognitiva amb la variable de simptomatologia dels TCA en funció del gènere i l'edat

Associacions entre la simptomatologia dels TCA i la insatisfacció corporal en funció de l'edat i el gènere

Per contrastar la hipòtesi 10, s'han calculat les correlacions de Spearman entre la simptomatologia dels TCA i la insatisfacció corporal de manera separada per gènere (Taula 11). Els resultats van mostrar una correlació positiva i

significativa tant en homes ($\rho = ,59, p < ,05, N = 19$) com en dones ($\rho = ,67, p < .001, N = 84$).

Posteriorment, amb la calculadora externa, es van comparar les correlacions independents mitjançant la transformació de Z de Fisher (Taula 8). Els resultats van indicar que la diferència entre les dues correlacions no és significativa ($Z = -0.43, p = ,67$). Per tant, no es rebutja la hipòtesi nul·la i no s'accepta la hipòtesi alternativa, ja que no es pot afirmar que l'associació entre la simptomatologia dels TCA i la insatisfacció corporal variï significativament en funció del gènere.

Taula 11. Correlacions de Spearman i Transformació de Z de Fisher entre la simptomatologia dels TCA i la insatisfacció corporal separada per gènere.

	Homes	Dones	Test estadístic Z de Fisher
Coeficient de correlació	,59	,67	-0,43
Sig	<,05*	<,01**	,67
N	19	84	

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

Per contrastar la hipòtesi 11, es van calcular correlacions de Spearman entre la simptomatologia dels TCA i la insatisfacció corporal de manera separada per grup d'edat (Taula 12). Els resultats van mostrar una correlació positiva i significativa tant en adults joves ($\rho = ,72, p < ,001, N = 51$) com en adults ($\rho = ,68, p < ,001, N = 54$).

Posteriorment, es van comparar les correlacions independents mitjançant la transformació Z de Fisher. Els resultats van indicar que la diferència entre ambdues correlacions no era estadísticament significativa ($Z = 0,39, p = ,69$). Per tant, no es rebutja la hipòtesi nul·la i no s'accepta la hipòtesi alternativa, ja que no es pot afirmar que l'associació entre la simptomatologia dels TCA i la insatisfacció corporal sigui significativament més forta en adults joves que en adults.

Taula 12. Correlacions de Spearman i Transformació de Z de Fisher entre la simptomatologia dels TCA i la insatisfacció corporal separada per edat.

	Adults Joves	Adults	Test estadístic Z de Fisher
Coeficient de correlació	,72	,68	,39
Sig	<,01**	<,01**	,69
N	51	54	

*p < ,05; **p < ,01

Associacions entre la simptomatologia dels TCA i l'autoexigència en funció de l'edat i el gènere

Per contrastar la hipòtesi 10, es van calcular correlacions de Spearman entre la simptomatologia dels TCA i l'autoexigència de manera separada per gènere (Taula 13). En el grup d'homes, la correlació va ser positiva però no significativa ($\rho = ,23$, $p = ,37$, $N = 19$). En canvi, en el grup de dones, la correlació va ser positiva i estadísticament significativa ($\rho = ,34$, $p < ,01$, $N = 84$).

Posteriorment, es van comparar les correlacions independents mitjançant la transformació Z de Fisher. Els resultats van indicar que la diferència entre les dues correlacions no era estadísticament significativa ($Z = -0,44$, $p = ,66$). Per tant, no es pot afirmar que l'associació entre autoexigència i simptomatologia dels TCA variï significativament en funció del gènere.

Taula 13. Correlacions de Spearman i Transformació de Z de Fisher entre la simptomatologia dels TCA i l'autoexigència separada per gènere

	Homes	Dones	Test estadístic Z de Fisher
Coeficient de correlació	,23	,34	-,44
Sig	,37	<,01**	,66
N	19	84	

*p < ,05; **p < ,01

Per comprovar la hipòtesi 11, es van calcular correlacions de Spearman entre la simptomatologia dels TCA i l'autoexigència de manera separada per edat (Taula 14). Els resultats van mostrar una correlació positiva i significativa tant en adults joves ($\rho = ,39, p = ,005, N = 51$) com en adults ($\rho = ,28, p = ,04, N = 54$).

Posteriorment, es van comparar les correlacions independents mitjançant la transformació Z de Fisher. Els resultats van indicar que la diferència entre ambdues correlacions no era estadísticament significativa ($Z = 0.62, p = .54$). Per tant, no es pot afirmar que l'associació entre autoexigència i simptomatologia dels TCA variï significativament en funció de l'edat.

Taula 14. Correlacions de Spearman i Transformació de Z de Fisher entre la simptomatologia dels TCA i l'autoexigència separada per edat.

	Adults Joves	Adults	Test estadístic Z de Fisher
Coeficient de correlació	,39	,28	0,62
Sig	<,01**	<,05*	,54
N	51	54	

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

Associacions entre la simptomatologia dels TCA i la flexibilitat cognitiva en funció de l'edat i el gènere

Per comprovar la hipòtesi 12, es van calcular correlacions de Spearman entre la simptomatologia dels TCA i la flexibilitat cognitiva de manera separada per gènere (Taula 15). En el grup de dones, la correlació va ser negativa però no significativa ($\rho = -,09, p = ,40, N = 84$). En el grup d'homes, la correlació va ser positiva, però tampoc significativa ($\rho = ,40, p = ,09, N = 19$).

Posteriorment, es van comparar les correlacions independents mitjançant la transformació Z de Fisher. Els resultats van indicar que la diferència entre ambdues correlacions no era estadísticament significativa ($Z = 1,88, p = ,06$). Per tant, no es pot afirmar que l'associació entre flexibilitat cognitiva i simptomatologia dels TCA variï significativament en funció del gènere.

Taula 15. Correlacions de Spearman i Transformació de Z de Fisher entre la simptomatologia dels TCA i la flexibilitat cognitiva separada per gènere.

	Homes	Dones	Test estadístic Z de Fisher
Coeficient de correlació	,40	-,09	1.88
Sig	,09	,40	.06
N	19	84	

Per comprovar la hipòtesi 13, es van calcular correlacions de Spearman entre la simptomatologia dels TCA i la flexibilitat cognitiva de manera separada per edat (Taula 16). En el grup de adults joves, la correlació va ser positiva però no significativa ($\rho = ,19$, $p = ,19$, $N = 51$). En el grup d'adults, la correlació va ser negativa però tampoc significativa ($\rho = -,11$, $p = ,43$, $N = 54$).

Posteriorment, es van comparar les correlacions independents mitjançant la transformació Z de Fisher. Els resultats van indicar que la diferència entre ambdues correlacions no era estadísticament significativa, $Z = 1,51$, $p = ,13$. Per tant, no es pot afirmar que l'associació entre flexibilitat cognitiva i simptomatologia dels TCA variï significativament en funció de l'edat.

Taula 16. Correlacions de Spearman i Transformació de Z de Fisher entre la simptomatologia dels TCA i la flexibilitat cognitiva separada per edat.

	Adults Joves	Adults	Test estadístic Z de Fisher
Coeficient de correlació	,19	-,11	1,51
Sig	,19	,43	,13
N	51	54	

5. Discussió

En aquest treball s'ha analitzat la relació entre la insatisfacció corporal, l'autoexigència i la flexibilitat cognitiva amb la simptomatologia dels trastorns de la conducta alimentària en una mostra formada per 105 participants entre 18 i 64 anys, amb una mitjana de $M=36,6$ i una desviació típica de $DT=15,1$.

A més també s'han examinat possibles diferències en funció del gènere i l'edat (adults/ adults joves), així com si la força de les associacions entre variables estudiades variava segons el gènere i aquests grups d'edat.

En primer lloc, els resultats indiquen que la insatisfacció corporal és la variable que presenta una relació més forta amb la simptomatologia dels TCA. Concretament, es va observar una correlació positiva i significativa entre les dues variables. Aquest resultat confirma la primera hipòtesi plantejada i és coherent amb la literatura prèvia, que considera la insatisfacció corporal com un dels factors de risc més rellevants en el desenvolupament i manteniment dels TCA. En aquest sentit, Canals i Val (2022) assenyalen que la insatisfacció corporal és un dels predictors més consistents de la simptomatologia alimentària, especialment quan s'associa amb baixa autoestima, afectivitat negativa o simptomatologia depressiva. De manera similar, Vargas et al. (2010) indiquen que les persones amb TCA presenten nivells significativament més elevats d'insatisfacció corporal que les persones sense aquest diagnòstic. Per tant, els resultats obtinguts reforcen la idea que la preocupació pel cos, el pes i la figura pot estar relacionat amb conductes alimentàries de risc.

Seguint en aquesta línia, l'estudi de Carretero et al (2009), descriuen una relació directa entre el grau d'insatisfacció corporal i la severitat de la simptomatologia alimentària. És a dir, a mesura que augmenta la insatisfacció corporal amb el propi cos, també tendeixen a augmentar conductes característiques dels TCA, com al restricció alimentària, la preocupació pel pes o els episodis d'afartament. Afegint, el model transdiagnòstic de Fairburn (2008) destaca el paper central de la sobrevaloració del pes, la figura i el control de l'alimentació en el manteniment dels TCA. Així els resultats d'aquest estudi donen suport a aquest model.

Pel que fa l'autoexigència, també s'ha observat una relació positiva i significativa amb la simptomatologia dels TCA, tot i que amb una intensitat més moderada. Aquest resultat confirma la segona hipòtesi i és coherent amb els estudis que vinculen l'autoexigència amb una major vulnerabilitat davant els TCA. Segons Behar (2011), aquesta variable pot afavorir una necessitat

elevada de control, que en el context dels TCA es pot manifestar a través del control del pes, de la ingesta o de la imatge corporal. A més, Scappatura et al. (2017) indiquen que els joves amb TCA o amb risc de desenvolupar-ne presenten puntuacions més elevades en la dimensió desadaptativa de l'autoexigència, especialment en relació amb els estàndards personals i la preocupació pels errors. De manera similar, Laporta-Herrero et al. (2020) assenyalen que els joves amb TCA i als nivells d'autoexigència tendeixen a presentar més simptomatologia depressiva, més insatisfacció corporal i nivells més baixos d'autoestima. Per tant, els resultats de l'estudi realitzat, reforcen la idea que l'autoexigència pot actuar com un factor psicològic associat, encara que el seu pes sembla ser inferior al de la insatisfacció corporal.

En canvi, la flexibilitat cognitiva no va mostrar una relació significativa amb la simptomatologia dels TCA. Per tant, no es confirma la tercera hipòtesi, segons la qual s'esperava una associació negativa entre la flexibilitat cognitiva i simptomatologia de TCA. Aquest resultat no coincideix amb alguns estudis previs que han assenyalat presència de rigidesa cognitiva en persones amb TCA. Per exemple, Álvarez et al. (2021) indiquen que les persones amb TCA poden presentar dificultats per modificar patrons de pensament o conducta, fet que podria afavorir el manteniment de creences disfuncionals relacionades amb l'alimentació, el pes i la imatge corporal. De manera similar, Rodríguez i Jáuregui Lobera (2023) destaquen que les funcions executives, especialment la flexibilitat cognitiva, poden veure's alterades en persones amb TCA.

Una possible explicació d'aquesta diferència entre resultats, podria venir a que l'estudi que he realitzat, la mostra està formada per població general sense diagnòstic clínic de TCA. Per tant, és possible que les dificultats en flexibilitat cognitiva siguin més evidents en mostres clíniques o en persones amb simptomatologia més greu. A més, cal tenir en compte que aquest estudi la flexibilitat cognitiva s'han avaluat a través d'un qüestionari d'autoinforme, mentre que alguns estudis neuropsicològics utilitzen proves específiques de rendiment cognitiu. Això podria explicar que no s'hagi detectat una relació entre flexibilitat cognitiva i simptomatologia alimentària en aquesta mostra.

En relació amb les diferències segons el gènere, els resultats mostren que les dones presenten puntuacions significativament més elevades en simptomatologia dels TCA que els homes. Aquests resultats confirmen la quarta hipòtesi i és coherent amb la literatura prèvia, que assenyala una major prevalença en dones. Segons Val et al. (2022), els TCA afecten principalment el gènere femení. En aquesta línia, Sánchez et al. (2017), també destaquen que les dones presenten més risc de desenvolupar aquests trastorns, tot i que en els darrers anys també s'ha observat un increment dels casos en homes.

Aquesta diferència de gènere també es pot explicar pels factors socioculturals. Gismero (2020) assenyala que la pressió social cap a un cos prim, associat a l'èxit, autocontrol i l'acceptació social, pot influir directament en l'autoavaluació corporal. Aquesta pressió afecta especialment a les dones, ja que socialment reben una major exigència respecte al físic. En aquest sentit, els resultats de l'estudi que he realitzat també mostren que les dones presenten puntuacions significativament més elevades en insatisfacció corporal que els homes, fet que coincideix amb l'estudi de Gustavo Estrada-Araoz et al. (2024), en el que va observar que les dones presentaven nivells més elevats d'insatisfacció corporal que els homes, aquest estudi explica que aquesta diferència podria explicar-se per la pressió social i cultural sobre l'aparença física femenina.

En canvi, no s'han trobat diferències significatives entre homes i dones en autoexigència ni en flexibilitat cognitiva. Això implica que la hipòtesi segons la qual les dones presentarien puntuacions més elevades en els factors de risc només es confirma parcialment, ja que sí que es confirma en el cas de la insatisfacció corporal, però no en autoexigència. Aquest resultat pot indicar que, en aquesta mostra, les diferències de gènere són especialment rellevants en les variables més directament relacionades amb el cos i la imatge corporal, però no tant en variables psicològiques més generals com l'autoexigència. Pel que fa a la flexibilitat cognitiva, el fet de no trobar diferències significatives entre homes i dones és coherent amb Buttelmann i Karbach (2017), que indiquen que no existeix evidència concloent sobre diferències significatives en flexibilitat cognitiva segons el sexe.

Pel que fa a l'edat, no es van observar diferències significatives entre adults joves i adults en la simptomatologia dels TCA. Per tant, no es confirma la cinquena hipòtesi, segons la qual s'esperava que els adults joves presentessin puntuacions més elevades. Aquest resultat no coincideix amb la literatura prèvia, que assenyala que l'adolescència i la joventut són etapes de major vulnerabilitat davant dels TCA. Per exemple, l'OMS (2025) indica que els TCA solen aparèixer durant l'adolescència i la joventut i Val et al. (2022) també assenyala una major prevalença en dones joves. Una possible explicació és que aquest estudi només inclou persones majors de 18 anys i per tant, no incorpora població adolescent, que és un dels grups de més risc segons la literatura.

Tampoc es van trobar diferències significatives segons l'edat en insatisfacció corporal, autoexigència ni flexibilitat cognitiva. En el cas de la insatisfacció corporal, aquest resultat no coincideix amb Estrada-Araoz et al (2024), que indiquen que els joves solen mostrar més insatisfacció corporal que els adults, possiblement perquè es troben en una etapa més influenciada pels ideals de bellesa i per la necessitat d'acceptació social.

Pel que fa l'autoexigència, l'absència de diferències significatives segons l'edat pot considerar-se coherent amb la literatura prèvia, ja que aquesta no mostra evidència concloent sobre diferències clares entre adults joves i adults. Fairburn et al. (2003) i Shafran et al. (2002) assenyalen que l'autoexigència pot tenir un paper diferent segons el moment evolutiu: durant l'adolescència pot actuar com a factor de risc en el desenvolupament dels TCA, mentre que en l'edat adulta pot funcionar més com a factor mantenidor. Així, el fet de no trobar diferències entre adults joves i adults, no implica que l'autoexigència no sigui rellevant, sinó que podria exercir funcions diferents en cada etapa.

En relació amb la flexibilitat cognitiva, tampoc es van trobar diferències significatives segons l'edat. Aquest resultat no coincideix completament amb Buttelmann i Karbach (2017), que expliquen que la flexibilitat cognitiva es desenvolupa progressivament durant la infància i adolescència i tendeix a assolir més maduresa en l'edat adulta. Una possible explicació és que, en aquest estudi, tots els participants són adults, de manera que les diferències

evolutives més marcades podrien haver-se produït abans dels 18 anys. Per tant, és possible que entre adults joves i adults les diferències en flexibilitat cognitiva siguin menys evidents. En aquest sentit, futures investigacions podrien comparar mostres d'adolescents i adults per analitzar si existeixen diferències significatives en flexibilitat cognitiva segons l'etapa evolutiva.

Pel que fa a les associacions analitzades separatament per gènere i edat, els resultats mostren que la relació entre insatisfacció corporal i simptomatologia dels TCA és positiva i significativa tant en homes com en dones, i també tant en adults com en adults joves. Aquest resultat reforça la idea que la insatisfacció corporal és un factor important en la simptomatologia alimentària independentment del gènere i de l'edat. Encara que, les comparacions mitjançant la transformació Z de Fisher no van mostrar diferències significatives entre les correlacions. Per tant, no es pot afirmar que aquesta associació sigui significativament més forta en dones que en homes ni en adults joves que en adults. En aquest sentit, Maganto (2011) assenyalava que, mentre que en les dones predomina la pressió cap a un cos prim, en els homes aquesta pressió es pot orientar més cap a un cos musculat i atlètic. Per tant, la insatisfacció corporal hauria de ser considerada tant en dones com en homes, encara que la seva expressió sigui diferent.

En el cas de l'autoexigència, es va observar una correlació positiva i significativa amb la simptomatologia dels TCA en dones, però no en homes. També es van trobar associacions significatives tant en adults com en adults joves. Tot i això, les comparacions entre correlacions no van ser estadísticament significatives. Per tant, no es pot afirmar que en gènere o l'edat modifiquin de manera significativa la relació entre l'autoexigència i la simptomatologia alimentària. Aquest resultat és coherent amb la idea que l'autoexigència pot actuar com un factor psicològic associat als TCA, tal com indiquen Behar (2011), Scappatura et al (2017) i Laporta-Herrero et al. (2020), però sense que aquesta relació sigui clarament diferent segons el grup analitzat.

Finalment, pel que fa a la flexibilitat cognitiva, no es van observar correlacions significatives amb la simptomatologia dels TCA ni en els grups per gènere ni en els grups d'edat. Les comparacions entre correlacions tampoc van ser

significatives. Per tant, no es confirmen les hipòtesis relacionades amb la flexibilitat cognitiva com a factor protector. Aquest resultat va en línia contrària amb els estudis d'Álvarez et al. (2021), Rodríguez i Jáuregui-Lobera (2023) i Montoya (2025), que destaquen la importància de la rigidesa cognitiva en el TCA i suggereixen que la millora de la flexibilitat cognitiva podria ser útil en les intervencions psicològiques. Però, en l'estudi que he realitzat aquesta relació no s'ha pogut confirmar, possiblement per les característiques no clíniques de la mostra i pel tipus d'instrument utilitzat.

En conclusió, els resultats d'aquest estudi mostren que els factors més relacionat amb la simptomatologia dels TCA són la insatisfacció corporal, sobretot, i l'autoexigència. Aquests resultats coincideixen amb el model transdiagnòstic de Fairburn (2008), que destaca el paper de la sobrevaloració del pes, la figura, el control com a mecanismes centrals en el manteniment dels TCA.

Com a línies futures, aquests resultats posen de manifest la necessitat de treballar la imatge corporal i la relació amb el propi cos en els programes de prevenció dels TCA. Això és especialment important en dones, atès que en aquest estudi presenten més simptomatologia alimentària i més insatisfacció corporal, però també cal tenir en compte els homes, ja que aquestes dues variables també són significatives en aquest grup. Afegir que, els resultats suggereixen la importància d'abordar l'autoexigència, ja que poden contribuir al malestar psicològic i a les conductes alimentàries de risc. Per tant, les intervencions preventives haurien de promoure una autoestima menys dependent de l'aparença física, una relació més flexible amb el cos i l'alimentació, i una reducció dels estàndards personals excessivament rígids tal i com indicava l'estudi de Le et al., (2017).

6. Limitacions

Pel que fa a les limitacions de l'estudi, en primer lloc cal destacar la mida reduïda de la mostra ($N = 105$), ja que no és plenament representativa de la població general. A més, la mostra presenta un desequilibri important pel que fa al gènere, ja que hi ha moltes més dones ($n = 84$) en comparació amb homes ($n = 19$). Aquest desequilibri pot haver influït en les comparacions realitzades entre grups i limita la possibilitat de generalitzar els resultats als

homes. Per tant, els resultats obtinguts poden ser més representatius de la població femenina, tot i que tampoc es poden generalitzar plenament a totes les dones adultes, ja que la mostra no és prou gran ni representativa. També cal tenir en compte que les categories de "no binari" i "altres" no s'han pogut incloure en les comparacions estadístiques a causa del baix nombre de participants en aquests grups.

Una altra limitació és el tipus de mostra utilitzada, ja que els participants van ser seleccionats mitjançant xarxes socials i de manera voluntària. Això pot haver generat un biaix de selecció, atès que és possible que les persones més interessades en la temàtica o amb més sensibilitat respecte a la imatge corporal i l'alimentació hagin tingut més predisposició a participar.

També cal destacar el caràcter transversal de l'estudi, és a dir, les dades s'han recollit en un únic moment temporal. Per aquest motiu, els resultats permeten observar relacions o associacions entre variables però no permeten establir relacions de causalitat entre variables. Per tant, tot i que algunes variables poden aparèixer relacionades entre si, no es pot afirmar que una sigui causa de l'altra.

A més, les dades s'han recollit mitjançant qüestionaris d'autoinforme, fet que pot comportar possibles biaixos de resposta, com la desitjabilitat social o la interpretació subjectiva de les preguntes. Això és important en variables relacionades amb la imatge corporal, l'alimentació o l'autoexigència, ja que poden estar influïdes per la percepció personal de cada participant.

Finalment, cal tenir en compte que no es poden fer prediccions sobre l'evolució futura de les variables analitzades ni sobre el risc individual dels participants, per tant, els resultats s'han d'interpretar amb cura i entendre's com una relació entre els factors de risc, els factors protectors i les variables sociodemogràfiques estudiades.

7. Conclusions

Malgrat les limitacions, aquest estudi permet concloure que:

Els resultats mostren que la insatisfacció corporal és la variable més relacionada amb la simptomatologia dels TCA. També s'ha observat una

relació positiva amb l'autoexigència, tot i que amb menys intensitat. En canvi, la flexibilitat cognitiva no s'ha relacionat significativament amb la simptomatologia dels TCA, per tant, no s'ha pogut confirmar el seu paper com a factor protector.

Pel que fa el gènere, les dones han presentat puntuacions més elevades en simptomatologia dels TCA i en insatisfacció corporal que els homes. En canvi, no s'han observat diferències significatives en funció de l'edat.

Finalment, l'estudi aporta informació interessant sobre les relacions entre les variables analitzades i pot servir de punt de partida per a futures investigacions amb mostres més grans, equilibrades i representatives.

8. Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8–15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Arrufat, F. J., Badia, G., Benítez, D., Cuesta, L., Duñó, L., Estrada, M. D., Fernández, F., Franch, J., Lombardia, C., Peruzzi, S., Puig, J., Rodríguez, M. G., Serra, J., Soriano, J. A., Turón, V., & Voltas, M. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. (2023). *Catálogo de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*.
- Álvarez Valbuena, V., Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., & Jáuregui-Lobera, I. (2021). Quién influye en quién: El trío flexibilidad cognitiva-emociones-trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(1), 47–67. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3687>
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Baile Ayensa, J. I., Guillén Grima, F., & Garrido Landívar, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439–450.
- Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta

alimentaria. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161–163. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.3.303>

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>

Behar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(2), 113–124.

Behar, R., Gramegna, G., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(2), 103–114. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000200006>

Briz Santos, N. G. (2026). *Influencia de las redes sociales en los trastornos de la conducta alimentaria: Una revisión bibliográfica* [Treball final de grau, Universidad de La Laguna].

Buttelmann, D., & Karbach, J. (2017). Development and plasticity of cognitive flexibility in early and middle childhood. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1040. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01040>

Calvo Orduña, D., & Gaimón Agustín, O. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Propuesta de intervención preventiva para docentes* [treball final de grau, Universidad de Zaragoza].

Campos del Portillo, R., Palma Milla, S., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., Martínez Olmos, M. Á., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., Martín Palmero, M. Á., Carrillo Lozano, E., Valero Pérez, M., Campos del Portillo, I., Sirvent Segovia, A. E., Plaza Blázquez, P., de la Cruz López, D. M., & Pita Gutiérrez, F. (2024). Consenso del Grupo de Trabajo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de SENPE (GTTCA-SENPE): Evaluación y tratamiento médico-nutricional en la anorexia nerviosa. Actualización 2023. *Nutrición Hospitalaria*, 41(spe1). <https://doi.org/10.20960/nh.05175>

- Canals, J., & Arijá-Val, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 16–26. <https://doi.org/10.20960/nh.04174>
- Carrasco, Á., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: Utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153–154), 49–65.
- Carratalá-Ricart, L., & Julián, M. (2023). Factores de riesgo relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles: Una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 164–171. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3024>
- Carretero, A., Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., & Torras, J. (2009). Evaluación de una intervención preventiva de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 21(1), 93–99.
- Cuevas Caraballo, A. (2025). *Relación entre conductas problemáticas con la alimentación e insatisfacción corporal en madres e hijas: Un estudio empírico* [Treball final de màster, Universidad de Alcalá].
- Constaín, G. A., Ricardo Ramírez, C., Rodríguez-Gázquez, M. de los Ángeles, Álvarez Gómez, M., Marín Múnera, C., & Agudelo Acosta, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46(6), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Cortés-García, L., Hoffmann, S., Warschburger, P., & Senra, C. (2019). Exploring the reciprocal relationships between adolescents' perceptions of parental and peer attachment and disordered eating: A multiwave cross-lagged panel

analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(8), 924–934. <https://doi.org/10.1002/eat.23086>

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>

Disotuar, Y. D., Hurtado, M. M., Morell, B. R., Bharwani, H. S. M., & Sosa, A. J. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: Una patología en auge. *Nutrición Hospitalaria*, 32(5), 2091–2097. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9662>

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

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)

Fernández-Delgado, A., & Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative and No Positive Results*, 1(2), 71–80. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.2.1011>

Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Álvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., & López-Aguilar, X. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 143–149. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016324003.pdf>

Frieiro, P., González-Rodríguez, R., & Domínguez-Alonso, J. (2022). Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in adolescents’ eating disorders. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4416–e4424. <https://doi.org/10.1111/hsc.13843>

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33–47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- Gómez Del Barrio, A. (2018). Intervención psicoterapéutica integrada y transdiagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 29, 73–88.
- Gustavo Estrada-Araoz, E., Ayay-Arista, G., Pujaico-Espino, J. R., Yupanqui-Pino, E. H., Yupanqui-Pino, A., Ferreyros-Yucra, J. E., Ruiz-Tejada, J. O., & Rivera-Mamani, F. A. (2024). Insatisfacción corporal y los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una universidad privada: Un estudio correlacional. *Retos*.
- Heider, N., Spruyt, A., & De Houwer, J. (2018). Body dissatisfaction revisited: On the importance of implicit beliefs about actual and ideal body image. *Psychologica Belgica*, 57(4), 158–173. <https://doi.org/10.5334/pb.362>
- Hernández-Muñoz, S., & Camarena, B. (2024). Contribution of personality studies in the definition of subtypes of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(4), 571–579. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.10.008>
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, E. M., & Celis, A. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1), 1–21.

- Jaén, I., Vidal-Arenas, V., Suso-Ribera, C., Pastor, M. C., & García-Palacios, A. (2024). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Flexibility Inventory. *Clínica y Salud*, 35(3), 101–110. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a3>
- Laporta-Herrero, I., Delgado, M. P., Rebollar, S., & Lahuerta, C. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 6(1), 97–107. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.205>
- Lafuente Olivar, C. (2025). *Impacto de las alteraciones físicas, fisiológicas y neurales en las funciones ejecutivas y cognitivas en personas con TCA: Una revisión teórica sistemática* [Treball final de màster, Universitat Europea].
- Le, L. K. D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>
- Lenhard, W., & Lenhard, A. (2014). *Hypothesis tests for comparing correlations*. Psychometrica. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2954.1367>
- Lugo-Salazar, K. J., & Pineda-García, G. (2020). Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1–16. <https://doi.org/10.18270/chps.v19i2.3141>
- Maganto Mateo, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop*, 52, 8–12. <http://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf>
- Montoro-Pérez, N., Montejano-Lozoya, R., Martín-Baena, D., Talavera-Ortega, M., & Gómez-Romero, M. R. (2024). Psychometric properties of the Eating Attitudes Test-26 in Spanish schoolchildren. *Anales de Pediatría*, 100(4), 241–250. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.01.006>

- Montoya, R. (2025). Hallazgos neuropsicológicos y de neuroimagen en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Poliantea*, 20(2), 1–21. <https://doi.org/10.15765/3dview458>
- Morales, J., Tobón, M., Urán, P., Velásquez, J., & Marín, J. (2025). Desregulación emocional en TCA: Enfoque de redes. *Revista Poliantea*, 20(2), 1–28.
- Navarro, M. C., Quiroz Molinares, N., & Mebarak, M. (2022). Psychometric study of the Cognitive Flexibility Inventory in a Colombian sample. *International Journal of Psychological Research*, 15(1), 42–54. <https://doi.org/10.21500/20112084.5371>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *La salud mental de los adolescentes*.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: Urge ampliar los servicios*.
- Pes Mateu, M. (2016). *Estudi de cribatge i prevalença de trastorns de la conducta alimentària en població adolescent escolaritzada* [Treball final de grau, Universitat de Lleida]. Repositori Obert UdL.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: Una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Raich, R. M., Soler, A., Clos, I., Zapater, L., & Mora, M. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51–66.
- Rodrigo Lou, A. (2025). *Adolescencia, familia y trastornos de la conducta alimentaria en la era digital: Factores de riesgo, protección y propuestas preventivas desde un enfoque transdiagnóstico*.
- Sánchez, L., Orte, C., & Ballester, L. (2017). Els programes de prevenció basats en l'evidència dels trastorns de la conducta alimentària en el context educatiu: Revisió sistemàtica. *Anuari de l'Educació de les Illes Balears*, 2017, 184–203.

- Scappatura, M. L., Bidacovich, G., Banasco Falivelli, M. B., & Rutzstein, G. (2017). Dimensions of perfectionism (adaptive and maladaptive) in adolescents with eating disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 131–141. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.03.001>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Silva Nayelli Alvarado, C., & Golden, P.-W. (2008). Cognitive flexibility and planning in women at risk for eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 23, 5–20.
- Somé Rodríguez, M., & Jáuregui-Lobera, I. (2023). Análisis de variables emocionales y neuropsicológicas en pacientes con TCA. *Journal of Negative and No Positive Results*, 8(1), 486–506. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4910>
- World Health Organization. (2025). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics: Eating disorder, unspecified*.