

Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros

Lidia Pamies y Yolanda Quiles*

Departamento Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández

Resumen: El objetivo de este trabajo fue evaluar las dimensiones del perfeccionismo que estaban relacionadas con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes españoles de ambos géneros, así como analizar si existían diferencias significativas en estas dimensiones entre los adolescentes con mayor y menor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Método: se administró la adaptación española de The Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) y el EAT-40 a una muestra representativa de 2142 adolescentes de la provincia de Alicante (1130 chicas y 1012 chicos), con una media de edad de 13.96 años ($DT = 1.34$). Resultados: el perfeccionismo auto-orientado y el prescrito socialmente estaban relacionados de forma positiva con la puntuación total en el EAT-40 y los diferentes factores que lo componen, en ambos géneros. Los adolescentes con mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario presentaban un mayor perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente que los adolescentes con menor riesgo de desarrollar el problema. Conclusión: Estos resultados sugieren la necesidad de identificar estas tendencias perfeccionistas en los adolescentes antes de que se conviertan en conductas patológicas, como un medio para prevenir el desarrollo de un trastorno alimentario.

Palabras clave: Perfeccionismo; factor de riesgo; adolescentes; personalidad; trastorno alimentario.

Title: Perfectionism and risk factors for the development of eating disorders in Spanish adolescents of both genders.

Abstract: The aim of this study was to assess the dimensions of perfectionism that are linked to risk eating behaviors in a representative sample of Spanish adolescents of both genders, and analyze the differences in these dimensions between adolescents with high and low eating disorder risk. Method: 2142 adolescents from Alicante (1130 girls and 1012 boys), mean age 13.96 years ($SD = 1.34$), completed the Spanish version of the The Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) and the EAT-40. Results: Self-Oriented Perfectionism and Socially Prescribed Perfectionism were positively associated with EAT-40 total score, and with the different factors that comprise it, in both genders. Adolescents with high risk of developing an eating disorder showed higher Self-Oriented Perfectionism and Socially Prescribed Perfectionism than adolescents with low risk of developing the disorder. Conclusion: These results suggest that it is necessary to identify these perfectionist tendencies in adolescents before they become pathological behaviors, in order to prevent the development of an eating disorder.

Key words: Perfectionism; risk factor; adolescents; personality; eating disorders.

Introducción

El primer autor en definir el perfeccionismo fue Hollander (1978), que lo consideró como “la práctica de exigirse a uno mismo o a los demás una mayor calidad de rendimiento de la que es requerida por la situación”. Posteriormente, Burns (1980) proporcionó un amplio análisis del concepto, describiendo el perfeccionismo como una “red de conocimientos” que incluyen expectativas, interpretación de eventos y de evaluación de uno mismo y de los otros. Para este autor, las personas perfeccionistas se caracterizan por el establecimiento de metas imposibles y por definir su autoestima en función del logro de estas metas. Varios autores han propuesto que el perfeccionismo tiene aspectos tanto normales/positivos como neuróticos/negativos (Hamacheck, 1978; Terry-Short, Owens, Slade y Dewey, 1995). De acuerdo con esta distinción, el perfeccionismo neurótico/negativo se caracterizaría por los esfuerzos dirigidos a alcanzar metas irrealmente esencialmente motivadas por una incapacidad para tolerar el fracaso/fallo. El perfeccionismo normal/positivo es definido por la lucha por estándares y metas reales que están en función del refuerzo positivo y conducen a un sentimiento de satisfacción.

El perfeccionismo es considerado como una variable de especial relevancia en la adolescencia, ya que la literatura científica ha señalado el perfeccionismo como un importante predictor del mal ajuste y el estrés en esta etapa evolutiva

(Flett, Hewitt, Boucher, Davidson y Munro, 1997; Hewitt et al., 2002; Nilsson, Sundbom y Hagglof, 2008; Shafran y Mansell, 2001). En concreto, y en relación con los trastornos alimentarios, es abundante la literatura que señala el perfeccionismo como una característica de personalidad de estos pacientes y el papel tan importante que juega en el mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosa (Borda, Avargues, López, Torres, del Río y Pérez, 2011; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Grass, 2004; Stice, 2002). Las personas con AN se caracterizan por tener altas expectativas que aplican en situaciones académicas, profesionales, en sus interacciones sociales y, por supuesto, en su conducta alimentaria; tratando de perder peso o evitar ganarlo, resultando ser muy estrictas para conseguirlo. La personalidad perfeccionista de las personas con AN podría ser un factor importante que contribuye a la restricción persistente necesaria para mantener un cuerpo con muy bajo peso (Fairburn, Shafran y Cooper, 1999; Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar y Álvarez-Rayón, 2005). Por otro lado, las personas con BN se caracterizan por presentar episodios de atracón en el que tienen la experiencia de pérdida de control. Su autoevaluación depende de sus objetivos y metas personales de lograr controlar los atracones, su peso y su silueta. La propia frustración y la sensación de ineffectividad causa el que sean muy estrictas con ellas mismas ya que tienen miedo de recibir una evaluación negativa (Franco-Paredes et al., 2005; Sherman y Thompson, 1999).

Sin embargo, el perfeccionismo no sólo ha sido descrito en pacientes con un TCA, sino que también ha sido identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos en estudios comunitarios (Boone, Soenens, Braet

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Yolanda Quiles Marcos. Avda. de la Universidad s/n. 03202 Elche, Alicante (España). E-mail: y.quiles@umh.es

y Goossens, 2010; Fairburn et al., 1998; Nilsson et al., 2008; Welch, Miller, Ghaderi y Vaillancourt, 2009). En muestras no clínicas, el perfeccionismo ha sido relacionado con conductas alimentarias de riesgo. Así por ejemplo el estudio de Sassaroli y Ruggiero (2005) con 145 chicas adolescentes indicó cómo el perfeccionismo se relacionaba con el impulso hacia la delgadez y la sintomatología bulímica. Por su parte, el trabajo de Downey y Chang (2007) con 307 mujeres adultas indicó como el perfeccionismo se relacionaba de forma positiva con la realización de dieta y con atracones y vómitos. Macedo et al. (2007), en su estudio con jóvenes universitarios de ambos géneros, señaló como el perfeccionismo se relacionaba con la restricción alimentaria y la sintomatología bulímica, tanto en chicas como en chicos. Un estudio más reciente con jóvenes portugueses, también puso de manifiesto que el perfeccionismo se relacionaba con todos los factores del EAT-26 (Bento et al., 2010). Además de los resultados de estos estudios transversales, investigaciones longitudinales también han indicado como el perfeccionismo puede considerarse un factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Estos trabajos han señalado cómo el perfeccionismo es un factor predictor de la restricción alimentaria y los síntomas bulímicos (Cain, Bardone, Abramson, Vohs y Joiner, 2008; Vohs et al., 2001; Vohs, Bardone, Joiner, Abramson y Heatherton, 1999).

Debido al importante riesgo que puede implicar el perfeccionismo en el desarrollo de un trastorno alimentario, el objetivo de este trabajo fue evaluar la asociación entre perfeccionismo y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. La mayor parte de los trabajos realizados sobre los trastornos alimentarios, han concebido el perfeccionismo como un constructo unidimensional. Sin embargo, la literatura más reciente considera el perfeccionismo como un constructo con diferentes dimensiones (Bardone-Cone, 2007; Macedo et al., 2007; Sherry y Hall, 2009). Por este motivo, también se consideró importante en esta investigación partir de una concepción multidimensional del perfeccionismo y conocer qué dimensiones presentaban una mayor relación con el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Además, debido a la carencia de estudios realizados en población no clínica española, y la escasez de trabajos que han considerado esta característica de personalidad en varones, el objetivo principal de este trabajo fue evaluar las dimensiones del perfeccionismo que estaban relacionadas con conductas alimentarias de riesgo en una muestra representativa de adolescentes españoles de ambos géneros, así como analizar si existían diferencias significativas en las dimensiones del perfeccionismo entre los adolescentes con mayor y menor riesgo de desarrollar el trastorno.

Las hipótesis que se plantearon en este trabajo fueron; 1) las diferentes dimensiones del perfeccionismo presentarán relaciones positivas con los factores de riesgo del EAT-40;

2) existirán diferencias significativas entre chicos y chicas en la asociación entre las diferentes dimensiones del perfeccionismo y los factores de riesgo del EAT-40;

3) existirán diferencias significativas entre los adolescentes con mayor y menor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en las diferentes dimensiones del perfeccionismo.

Método

Participantes

La población de interés estuvo formada por todos los centros educativos de secundaria (privados, concertados y públicos) de la provincia de Alicante. De los 71334 adolescentes escolarizados, se seleccionó a partir de un muestreo por conglomerados monoetápico a 2323, de los que 2142 participaron finalmente en el estudio. En esta investigación participaron 9 centros educativos de la provincia de Alicante (5 públicos, 1 privado y 3 concertados). De los adolescentes evaluados, el 47.2% ($n = 1012$) fueron chicos y el 52.8% chicas ($n = 1130$). El 28,4% eran alumnos de 1er curso de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) el 28.2% de 2º, el 23.7% de 3º y el 19.7% de 4º. La edad media fue 13.96 años ($DT = 1.34$). Por medio de la prueba de χ^2 de homogeneidad de la distribución de frecuencias se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los ocho grupos de género por curso ($\chi^2 = 5.80, p = 0.12$). El tamaño del efecto ($Phi = 0.05$) confirmó que la diferencia no era significativa.

Instrumentos

El protocolo de evaluación estuvo formado por los siguientes cuestionarios: Cuestionario de variables sociodemográficas; se obtuvo información sobre edad, género y curso escolar.

Eating Attitude Test (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979) adaptado a la población española por Castro et al. (1991) y posteriormente validado como prueba cribado de los TCA en población general por Irala et al. (2008). Se trata de un cuestionario autoadministrado diseñado para detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Consta de 40 ítems que se valoran en una escala de frecuencia tipo Likert de 6 puntos. La adaptación española del cuestionario establece tres factores; restricción alimentaria y preocupación por los alimentos, presión social percibida y malestar ante la ingesta y trastornos psicobiológicos. El EAT-40 es utilizado habitualmente como instrumento de cribado, en este trabajo se consideró que los adolescentes tenían un mayor riesgo cuando su puntuación media en el instrumento estaba en el cuarto cuartil. En el caso de las chicas, cuando las puntuaciones medias fueron superiores a 23, y en el caso de los chicos cuando fueron superiores a 18. Por otra parte, se consideró que los adolescentes presentaban un menor riesgo cuando sus puntuaciones medias estaban en el primer cuartil. En este caso, para las chicas las puntuaciones

medias tenían que ser inferiores a 9, y los chicos inferiores a 8. En las chicas, la media de las puntuaciones en este instrumento en el primer cuartil fue de 6.46 ($DT = 2.13$) y la media de las que se encontraban en el cuarto cuartil fue de 29.53 ($DT = 11.01$), siendo esta diferencia significativa ($t = -38.68$; $p < .001$; $d = 2.7$). En los chicos, la media de las puntuaciones en el primer cuartil fue de 5.86 ($DT = 1.83$) y la media en el cuarto cuartil fue de 26.58 ($DT = 8.76$), siendo esta diferencia significativa ($t = -38.75$; $p < .001$; $d = 3.3$). La fiabilidad de la escala en el trabajo original de la adaptación española fue igual a $\alpha = .93$, y en el presente estudio de $\alpha = .81$.

The Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) (Flett et al., 1997), adaptado a población española por Castro et al. (2004). El cuestionario consta de 22 ítems que se contestan en una escala de 5 puntos, donde 1 es igual a cierto y 5 es igual a falso. Esta formada por dos escalas: Perfeccionismo-Autoorientado, que hace referencia a cuando las personas realizan auto-imposiciones poco reales sobre ellas mismas y está formado por 12 ítems como: "Intento ser perfecto en todo lo que hago", las puntuaciones en esta subescala pueden oscilar entre 1 y 60. Y la otra escala, Perfeccionismo Prescrito Socialmente, que hace referencia a la presión que recibe la persona de los demás para alcanzar metas poco realistas. Está formada por 10 ítems, como por ejemplo: "Hay personas que esperan que sea perfecto", cuya puntuación oscila entre 1 y 50. En este trabajo esta escala presentó un valor α de Cronbach igual a .85.

Procedimiento

Una vez realizada la selección aleatoria de los centros educativos se llevó a cabo una entrevista con sus directores y orientadores para exponer los objetivos de la investigación y solicitar permiso y colaboración para realizar el estudio. Tras la aceptación por parte de los centros educativos para participar, se envió una circular a los padres de los estudiantes en la que se les informaba de la investigación, y se solicitaba el

consentimiento informado por escrito autorizando a sus hijos a participar en el estudio. Los cuestionarios fueron administrados de forma colectiva, anónima y voluntaria en horario de clase. Los investigadores estuvieron presentes durante la administración de los cuestionarios para proporcionar ayuda si era necesaria y para verificar la cumplimentación correcta e independiente por parte de los sujetos. No se pudo obtener la respuesta de aquellos estudiantes que no trajeron el consentimiento informado firmado por sus padres, que no estaban presentes el día de la administración de las pruebas, presentaban un TCA diagnosticado, no cumplimentaron los cuestionarios correctamente o los dejaron incompletos.

Análisis de datos

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS V.18.0. Para analizar las diferencias entre grupos se utilizó la *t-Student* como prueba paramétrica para dos muestras independientes. Siguiendo las recomendaciones de Cohen (1998), se consideró el tamaño del efecto para evitar el sesgo de los tamaños muestrales. Se utilizó el índice *d*, que indica hasta qué punto una significación estadística es relevante eliminando el efecto del tamaño muestral (Cit. en Pardo y San Martín, 1994). En este trabajo se consideró una diferencia significativa cuando el tamaño del efecto superaba el valor 0.40. Para los análisis de relaciones entre variables, se aplicó la correlación producto-momento de Pearson. Y para los análisis de predicciones entre variables, se utilizó el análisis de regresión aplicando el método de pasos sucesivos (Stepwise) para evaluar el poder predictivo de cada variable.

Resultados

Descripción perfeccionismo y factores de riesgo

En la Tabla 1 se presenta la distribución de las puntuaciones en el CAPS y en el EAT-40.

Tabla 1. Puntuaciones medias en el CAPS y en el EAT-40.

	CHICAS <i>M</i> ± <i>DT</i>	CHICOS <i>M</i> ± <i>DT</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
EAT-40				
Restricción alimentaria	11.13±10.32	8.45±7.68	-6.74***	0.30
Presión social	2.36±3.18	1.53±2.29	-6.9***	0.10
Trastornos psicobiológicos	1.37±1.52	1.02±1.47	-5.31***	0.23
Puntuación total	17.43±12.24	14.27±9.18	-6.68***	0.30
CAPS				
Perfeccionismo Auto-orientado	34.48±7.64	35.44±7.34	2.90**	0.12
Perfeccionismo Prescrito-social	26.61±7.56	27.10±7.35	1.50 <i>ns</i>	-

Significación: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ *ns* no significativo

Como se puede observar, y respecto a las puntuaciones en el EAT-40, las chicas obtuvieron puntuaciones medias superiores a los chicos en todas las subescalas, sin embargo, el valor del estadístico *d* no permitió afirmar que estas diferencias fuesen significativas. Además, las chicas también ob-

tuvieron puntuaciones superiores a los chicos en la puntuación total del cuestionario (Chicas: $M = 17.43$ $DT = 12.24$; Chicos: $M = 14.27$ $DT = 9.18$; $t = -6.68$ $p < .001$). No obstante el valor del estadístico *d* no permitió afirmar que estas diferencias fuesen significativas ($d = 0.30$). En cuanto a las

dimensiones del perfeccionismo, los chicos obtuvieron puntuaciones medias superiores a las chicas en perfeccionismo auto-orientado, sin embargo, el valor del estadístico *d* no permitió afirmar que estas diferencias fuesen significativas (Chicos: *M* = 34.44 *DT* = 7.34; Chicas: *M* = 34.48 *DT* = 7.64; *t* = 2.90 *p* < .01; *d* = 0.12).

Relación entre perfeccionismo y factores de riesgo

También se analizó la relación entre las puntuaciones en el EAT-40 y las dimensiones del perfeccionismo, para ello se utilizó, en primer lugar, la correlación producto-momento de Pearson, y posteriormente, se realizó un análisis de regresión múltiple utilizando como variable dependiente la puntuación obtenida en el EAT-40, y como variables predictoras las dimensiones del perfeccionismo. Ambos análisis se realizaron por separado para el grupo de chicas y para el de chicos.

Como se puede observar en la Tabla 2, ambas dimensiones del perfeccionismo presentaron relaciones positivas significativas con las diferentes puntuaciones obtenidas en el EAT-40, tanto en los chicos como en las chicas. En el caso de las chicas, las relaciones más elevadas se encontraron entre el perfeccionismo auto-orientado y el factor restricción alimentaria (*r* = .24, *p* < .01) y la puntuación total en el EAT-40 (*r* = 0.24, *p* < .01). En los chicos, las relaciones más elevadas también se encontraron entre el perfeccionismo au-

to-orientado y el factor restricción alimentaria (*r* = .27, *p* < .01) y la puntuación total en el EAT-40 (*r* = .29, *p* < .01).

Tabla 2. Correlaciones EAT-40 y Perfeccionismo.

CHICOS						
	1	2	3	4	5	6
1	1	0.50**	0.248**	0.158**	0.116**	0.240**
2		1	0.195**	0.205**	0.057**	0.216**
CHICAS						
	1	2	3	4	5	6
1	1	0.510**	0.279**	0.174**	0.177**	0.292**
2		1	0.245**	0.189**	0.148**	0.259**

Significación: ***p* < .01

1: Perfeccionismo Auto-orientado; 2: Perfeccionismo Prescrito Socialmente; 3: Restricción Alimentaria; 4: Presión Social; 5: Trastornos psicobiológicos; 6: Puntuación total EAT-40

Los resultados de los análisis de regresión (Tabla 3) mostraron, en las chicas, que el 10 % de la varianza de la puntuación total del EAT-40, el 9% de la Restricción Alimentaria, el 4% de la Presión Social y el 3% de los Trastornos Psicobiológicos estaban explicadas por ambas dimensiones del perfeccionismo. No obstante, fue el perfeccionismo auto-orientado el que explicó un mayor porcentaje de varianza en todos los casos. Respecto a los chicos, las dos dimensiones del perfeccionismo explicaron el 7% de la puntuación total en el EAT-40, y el 6% de la Restricción Alimentaria. Sólo el perfeccionismo prescrito-socialmente explicó el 4% de la Presión Social, y el perfeccionismo auto-orientado explicó el 1% de la varianza de Trastornos Psicobiológico.

Tabla 3. Análisis de regresión.

VARIABLES DEPENDIENTE/ Independiente	R ² /r	Cambio R ²	F	β	t
CHICAS					
Puntuación total EAT-40/					
Perfeccionismo Auto-orientado	0.10/0.31	0.086	61.08***	0.218	6.48***
Perfeccionismo Prescrito-social		0.016		0.147	4.38***
Restricción Alimentaria/					
Perfeccionismo Auto-orientado	0.09/0.30	0.079	54.83***	0.210	6.22***
Perfeccionismo Prescrito-social		0.014		0.137	4.069***
Presión Social/					
Perfeccionismo Prescrito-social	0.04/0.20	0.036	24.57***	0.136	3.92***
Perfeccionismo Auto-orientado		0.008		0.104	2.99**
Trastornos Psicobiológicos/					
Perfeccionismo Auto-orientado	0.03/0.17	0.031	19.96***	0.137	3.93***
Perfeccionismo Prescrito-social		0.005		0.078	2.25*
CHICOS					
Puntuación total EAT-40/					
Perfeccionismo Auto-orientado	0.07/0.26	0.057	35.15***	0.175	4.78***
Perfeccionismo Prescrito-social		0.012		0.127	3.46**
Restricción Alimentaria/					
Perfeccionismo Auto-orientado	0.06/0.24	0.061	34.29***	0.200	5.46***
Perfeccionismo Prescrito-social		0.006		0.093	2.54*
Presión Social/					
Perfeccionismo Prescrito-social	0.04	0.042	41.74***	0.206	6.46***
Trastornos Psicobiológicos/					
Perfeccionismo Auto-orientado	0.01	0.014	12.95***	0.116	3.59***

Significación: ** *p* < .01, *** *p* < .001

Diferencias en dimensiones del perfeccionismo según el mayor o menor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario

Para finalizar, se analizó si existían diferencias significativas en las dimensiones de perfeccionismo entre los grupos de chicos y chicas con mayor y menor riesgo de desarrollar un TCA. Para ello, se comparó a los chicos/as cuya puntuación total en el EAT-40 estaba en el cuarto cuartil con aquellos cuya puntuación en este instrumento se situaba en el primer cuartil. Los resultados de estos análisis (Tabla 4) mostraron que las chicas y chicos con mayor riesgo de desa-

rollar un trastorno de la conducta alimentaria tenían mayores puntuaciones en el perfeccionismo auto-orientado (Chicos menor riesgo: $M = 33$, $DT = 7.31$; Chicos mayor riesgo: $M = 38$, $DT = 7.30$; $t = -6.05$, $p < .001$; $d = -0.68$) (Chicas menor riesgo: $M = 32.28$, $DT = 6.77$; Chicas mayor riesgo: $M = 37.45$, $DT = 8.19$; $t = -7.95$, $p < .001$; $d = -0.68$). Resultados similares se obtuvieron en el prescrito socialmente (Chicos menor riesgo: $M = 25.41$, $DT = 6.84$; Chicos mayor riesgo: $M = 29.50$, $DT = 6.99$; $t = -6.10$, $p < .001$; $d = -0.59$) (Chicas menor riesgo: $M = 24.44$, $DT = 6.68$; Chicas mayor riesgo: $M = 29.22$, $DT = 8.09$; $t = -7.41$, $p < .001$; $d = -0.64$).

Tabla 4. Diferencias en perfeccionismo entre grupos con mayor y menor riesgo de desarrollar un TCA.

		P25		P75	
		<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>t</i>	<i>d</i>
CHICOS	Perfeccionismo Auto-orientado	33 (7.31)	38 (7.30)	-6.05***	-0.68
	Perfeccionismo Prescrito-social	25.41 (6.84)	29.50 (6.99)	-6.10***	-0.59
CHICAS	Perfeccionismo Auto-orientado	32.28 (6.77)	37.45 (8.19)	-7.95***	-0.68
	Perfeccionismo Prescrito-social	24.44 (6.68)	29.22 (8.09)	-7.41***	-0.64

Significación: *** $p < .001$

Discusión

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que el perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente se relacionan con los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios en ambos géneros, confirmando estos resultados nuestra primera hipótesis de trabajo. Ambas dimensiones del perfeccionismo explicaron los factores de riesgo en las chicas y en los chicos, sin encontrar diferencias entre ambos. Estos resultados son diferentes a los obtenidos por Bento et al. (2010), con jóvenes, en el que también se utilizó el CAPS para evaluar el perfeccionismo. En su estudio, el perfeccionismo auto-orientado presentó relaciones con las conductas alimentarias de riesgo sólo en las chicas, no ocurrió lo mismo con los chicos. Estos resultados diferentes quizás puedan explicarse si se tiene en cuenta las diferencias en la edad en ambos estudios. En el estudio de Bento et al. (2010) los chicos tenían una edad media de 16.43 años, mientras que en el presente trabajo eran más pequeños. Como señala Bento et al. (2010) en su trabajo, las dimensiones del perfeccionismo se pueden manifestar de forma diferente en función de las distintas etapas evolutivas.

Nuestros resultados son coherentes con la literatura que señala que ambos aspectos del perfeccionismo, tanto el intrapersonal como el interpersonal, están implicados en la patogénesis de los trastornos alimentarios (Hewitt, Flett y Ediger, 1995). El perfeccionismo, entendido como la auto-imposición de estándares muy altos, junto con la creencia de tener que hacer las cosas perfectas, considerando los logros en términos de “todo” o “nada”, es un rasgo de personalidad predisponente, que precede e incrementa el riesgo de desarrollar un TCA (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell, 2006). Además, estos resultados también coinciden con la literatura científica que ha enfatizado el papel de fac-

tores sociales, como las expectativas parentales, la sensibilidad a las expectativas que los demás esperan de nosotros, y la incorporación de los ideales de belleza delgados, como factores importantes en el desarrollo de estos trastornos (Bardone-Cone, 2007; Cockell et al., 2002; Hewitt, Flett y Ediger, 1995). Considerando esta literatura cabe esperar que tanto el perfeccionismo auto-orientado como el prescrito socialmente sean particularmente relevantes en el desarrollo de las conductas alimentarias de riesgo.

No obstante, el perfeccionismo auto-orientado fue el predictor más importante del riesgo de desarrollar un TCA, cuando se consideraba la puntuación total en el EAT-40, tanto en las chicas, como en los chicos. Esta mayor relación entre el perfeccionismo auto-orientado y las conductas alimentarias de riesgo podría ser explicada si se tiene en cuenta que el perfeccionismo auto-orientado ha mostrado relaciones con la realización de dietas extremas y con sintomatología bulímica en varios estudios (Bardone-Cone, 2007; Downey y Chang, 2007; Hewitt et al., 1995; Sherry, Hewitt, Besser, McGee y Flett, 2004). Shafran, Cooper y Fairburn (2002) proponen que el perfeccionismo auto-orientado, es la dimensión más relacionada con el perfeccionismo clínico (“neurótico”/mal adaptativo), ya que implica la auto-imposición de estándares personales muy elevados y la evaluación auto-crítica en la búsqueda de esos estándares. En la misma línea, Dunkley et al. (2006) sugieren que el aspecto auto-crítico del perfeccionismo es lo más relevante en los trastornos alimentarios y en el afecto negativo, y McCreary et al. (2004), señalaron que el factor auto-crítica del perfeccionismo auto-orientado estaba relacionado con el afecto negativo. De este modo, en la medida en que el perfeccionismo auto-orientado refleja el aspecto auto-crítico del perfeccionismo, puede ser “mal adaptativo” y relacionarse con las conductas alimentarias de riesgo y el malestar psicológico.

Los resultados de este trabajo confirmaron nuestra tercera hipótesis, en la que se esperaba encontrar diferencias significativas entre los chicos y las chicas con mayor y menor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en las diferentes dimensiones del perfeccionismo. Los chicos y chicas con mayor riesgo presentaban un mayor perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente que los adolescentes con menor riesgo de desarrollar el problema. Es decir, los adolescentes, chicos y chicas, con mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario realizaban auto-imposiciones poco reales sobre ellos mismos, intentando ser perfectos en todo lo que hacían, y percibían más presión de los demás para alcanzar metas poco realistas. Estos resultados son similares a los encontrados en otros trabajos, como el de Macedo et al. (2007), en el que los jóvenes universitarios, de ambos géneros, con mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, presentaron mayores puntuaciones en ambas dimensiones del perfeccionismo, que los jóvenes con menor riesgo de desarrollar el problema.

Los resultados de esta investigación han puesto de manifiesto como diferentes dimensiones del perfeccionismo se relacionan con factores de riesgo para el desarrollo de un TCA, y señala la importancia de aprender a identificar estas tendencias perfeccionistas antes de que se conviertan en conductas patológicas, como un medio para atacar los trastornos alimentarios antes de que ocurran y desarrollar estrategias preventivas dirigidas a la modificación de los procesos cognitivos y comportamientos perfeccionistas implicados en el desarrollo de estos trastornos. En este sentido, algunos estudios realizados en esta línea sugieren que este tipo de estrategia de intervención preventiva reduce el riesgo de desarrollar este tipo de trastornos (Wilksch, Durbridge y Wade, 2008). Además, los resultados de este trabajo también tienen implicaciones para la práctica clínica. Las autoimposiciones poco reales sobre uno mismo y la presión que se percibe de los demás para alcanzar metas poco realistas ya están presentes en las formas subclínicas de los TCA. El perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente constituye un factor de vulnerabilidad psicológica que debe diagnosticarse y tratarse a tiempo para prevenir el desarrollo de trastornos alimentarios.

Referencias

- Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behavior Research and Therapy*, 45(11), 1977-1986.
- Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marqués, M., Soares, M. J., Bos, S., et al. (2010). Perfectionism and eating behaviour in portuguese adolescents. *European Eating Disorder Review*, 18, 328-337.
- Boone, L., Soenens, B., Braet, C. y Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 48(7), 686-691.
- Borda, M., Avargues, M. L., López, A. M., Torres, I., del Rio, C. y Pérez, M. A. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*. New York: New American Library.
- Cain, A. S., Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D. y Joiner, T. E. (2008). Refining the relationship of perfectionism, self-efficacy, and stress to dieting and binge eating: Examining the appearance, interpersonal, and academic domains. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 713-721.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 382-398.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimera, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., et al. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 745-758.

- Downey, C. A. y Chang, E. C. (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the role of negative affect and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 8 (4), 497-503.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 63-84.
- Fairburn, C., Doll, H., Welch, S., Hay, O., Davies, B. y Connor, M. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community based, case control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fairburn, C. G., Shafran, R. y Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. y Munro, Y. (1997). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation and association with adjustment*. Ontario, Canada: York University. [Manuscrito no publicado].
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X. y Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 61-70.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-179.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal of neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L. y Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: associations with depression, anxiety and anger. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1049-1061.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317-326.
- Hollander, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39 (5), 384-390.
- Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M. A. y Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica*, 130 (13), 487-491.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19-65.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26 (3), 299-320.
- Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B. y Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *European Eating Disorders Review*, 15 (4), 296-304.
- McCreary, B. T., Joiner, T. E., Schmidt, N. B. y Ialongo, N. S. (2004). The structure and correlates of perfectionism in African American children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 313-324.
- Nilsson, K., Sundbom, E. y Hagglof, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16 (5), 386-394.
- Paulson, S. E. y Sputa, C. L. (1996). Patterns of parenting during adolescence: perceptions of adolescents and parents. *Adolescence*, 31 (122), 369-381.
- Sassaroli, S. y Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (2), 135-141.
- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R. y Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 879-906.
- Sherman, T. R. y Thompson, A. R. (1999). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. Mexico: Trillas.
- Sherry, S. B. y Hall, P. A. (2009). The perfectionism model of binge eating: Tests of an integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96 (3), 690-709.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Besser, A., McGee, B. J. y Flett, G. L. (2004). Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the eating disorder inventory perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (1), 69-79.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytical review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Therry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D. y Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18 (5), 663-668.
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E., Abramson, L. Y. y Heatherton, T. F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of a bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4), 695-700.
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., Heatherton, T. F. et al. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (4), 476-497.
- Welch, E., Miller, J. L., Ghaderi, A. y Vaillancourt, T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating Behaviors*, 10 (3), 168-175.
- Wilksch, S. M., Durbridge, M. R. y Wade, T. D. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 937-947.

(Artículo recibido: 19-9-2012; revisado: 27-11-2012; aceptado: 6-11-2013)