

El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario*

Perfectionism in body dissatisfaction, sociocultural influence of the thinness model and symptoms of eating disorders

Recibido: enero 13 de 2010 | Revisado: febrero 4 de 2010 | Aceptado: marzo 20 de 2010

KARINA FRANCO PAREDES**

Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara,
Jalisco, México

JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ***

ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO

GEORGINA ÁLVAREZ RAYÓN

XÓCHITL LÓPEZ AGUILAR

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad
Nacional Autónoma de México

SICI: 1657-9267(201112)10:3<829:EPDPIC>2.3.TX;2-L

Para citar este artículo. Franco P. K., Mancilla D. J. M., Vázquez A. R., Álvarez R. G. & López A. X. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 829-840.

* Artículo de investigación. Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la concesión de la beca 165827 otorgada para la realización de esta investigación. Parte de la misma fue financiada con el proyecto CONACyT Reg. 50305-H, otorgado al segundo autor. También agradecen los comentarios de los evaluadores anónimos.

** Centro de Investigación en Comportamiento Alimentario y Nutrición, CUSur-Universidad de Guadalajara. Av. Prolongación Colón s/n, C.P. 49000, Ciudad Guzmán, Jalisco, México. Correo electrónico: karina.franco@cusur.udg.mx

*** Laboratorio de Trastornos Alimentarios, Universidad Nacional Autónoma de México-FES Iztacala (México), Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, C.P. 54090, Tlalnepantla, Estado de México, México. Correos electrónicos: jmmd@servidor.unam.mx; rvamap@servidor.unam.mx; alvarezr@servidor.unam.mx; xochitll@servidor.unam.mx

RESUMEN

El propósito de este estudio fue analizar si los componentes de la conducta perfeccionista explican la insatisfacción corporal (IC), la influencia sociocultural del modelo de delgadez (ISMD) y los síntomas de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA). Participaron 30 mujeres con Bulimia Nerviosa (BN), 35 con Trastorno Alimentario no Especificado (TANE) y 63 sin TCA. El análisis de regresión mostró que la Preocupación por los Errores (PE) y la Indecisión de Acción explicaron la IC y la ISMD en BN; mientras que PE solo explicó la ISMD en TANE. Se concluye que solo dos componentes del perfeccionismo explican significativamente la interiorización del ideal de delgadez y la IC, las cuales son consideradas factores de riesgo importantes para los TCA.

Palabras clave autores

Perfeccionismo, trastornos del comportamiento alimentario, insatisfacción corporal, modelo sociocultural de delgadez, mujeres.

Palabras clave descriptores

Psicología de la Salud, pruebas psicológicas, promoción y prevención, conductas saludables.

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess if perfectionism components explained body dissatisfaction (BD), sociocultural influences of aesthetic model (SIAM) and symptoms of eating disorders (ED). The sample comprised 30 women with Bulimia Nervosa (BN), 35 women with Eating Disorder not Otherwise Specified (EDNOS) and 63 women without ED. A regression analysis showed that concern over mistakes (CM) and doubt about actions explained BD and SIAM in the BN sample; while concern over mistakes only explained SIAM in the EDNOS sample. These findings evidence that two perfectionism components contribute to vulnerability of thinness ideal and BD among women, which constitute two important risk factors for ED.

Key words authors

Perfectionism, eating disorder, body dissatisfaction, sociocultural model of thinness, women.

Key words plus

Health psychology, psychological tests, promotion and prevention, healthy behavior.

Introducción

La conducta perfeccionista es considerada una característica asociada a los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), principalmente a la (AN) Anorexia Nerviosa (Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye, 1995; Bruch, 1973; Castro-Fornieles et al., 2007; Cockell et al., 2002; Halmi et al., 2000; Shafraan, Cooper & Fairburn, 2002; Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted & Kaplan, 2003) y recientemente se ha relacionado con la (BN) Bulimia Nerviosa (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton & Joiner, 2006; Bardone-Cone et al., 2007; Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar & Álvarez-Rayón, 2005; Lilenfeld et al., 2000; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby & Mitchell, 2006). El perfeccionismo se caracteriza por: establecer metas personales inasequibles, hacer énfasis excesivo en la precisión y la organización, evaluar de manera inadecuada los logros individuales y considerar que no se cubren las expectativas de las otras personas (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1990, 1991). Cabe señalar que en 1990 se propuso estudiar la conducta perfeccionista como un constructo multidimensional, identificándose seis componentes de esta conducta: preocupación por los errores, indecisión de acción, organización, estándares personales, críticas paternas y expectativas paternas (Frost et al., 1990).

Algunos modelos teóricos han incluido la conducta perfeccionista como un factor relevante en la etiología de los TCA (Cervera, 1996; Levine & Smolak, 1992; Raich, 1994); incluso, algunos autores han analizado de manera particular el papel de esta conducta en los TCA. Por ejemplo, Slade (1996) propuso que las tendencias perfeccionistas y la insatisfacción corporal influyen para que las personas con AN controlen su peso y alimentación. Esta propuesta fue considerada en el modelo desarrollado por Goldner, Cockell y Srikameswaran (2002), quienes sugirieron que el perfeccionismo explica la interiorización del ideal sociocultural de delgadez y la insatisfacción corporal en el desarrollo de los síntomas de TCA, tanto de la AN como de la BN. Por tanto, este modelo sustenta

que la conducta perfeccionista explica dos de las principales variables implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, la insatisfacción corporal y la influencia sociocultural del modelo de delgadez (McCabe & Ricciardelli, 2003; Stice, 2002; Toro, 2004). La insatisfacción corporal hace referencia al malestar producido por la evaluación negativa que una persona hace de su peso y figura corporal (Glauert, Rhodes, Byrne, Fink & Grammer, 2009), mientras que la influencia sociocultural del modelo de delgadez se refiere a los agentes culturales (e.g., medios de comunicación, publicidad, grupo de pares) que transmiten el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza y éxito (Toro, 2004).

Sin embargo, hasta el momento no se ha demostrado que el perfeccionismo explica la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de TCA. Las investigaciones en las que se ha evaluado el papel de la conducta perfeccionista en los TCA, se han enfocado en analizar la relación predictiva entre perfeccionismo y restricción alimentaria (Hewitt, Flett & Ediger, 1995; Killen et al., 1994; McLaren, Gauvin & White, 2001), entre perfeccionismo, baja autoestima y percepción de sobrepeso para predecir la sintomatología de BN (Bardone-Cone et al., 2006; Shaw, Stice & Springer, 2004; Vohs et al., 2001). Además, se han realizado estudios considerando los componentes de la conducta perfeccionista. Por ejemplo, Minarik y Ahrens (1996) encontraron que la preocupación por los errores se relacionó positivamente con la insatisfacción corporal, mientras que Steele, Corsini y Wade (2007) mostraron que los estándares personales estrictos, la percepción negativa del peso corporal y la autoestima predicen los síntomas de la BN.

Asimismo, se ha señalado que el papel del perfeccionismo solo se ha analizado en la AN y la BN (Bardone-Cone et al., 2007; Franco-Paredes et al., 2005) y no se ha evaluado en los Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE), también denominados síndromes subclínicos, porque que no cumplen todos los criterios para AN o BN. El estudio de los TANE es importante porque permite analizar el papel de la conducta perfeccionista

desde las etapas iniciales o formas subclínicas de los TCA, y no hasta que se presente el cuadro clínico completo. Además, la alta prevalencia de los TANE demanda generar un mayor conocimiento sobre esta categoría diagnóstica. Al respecto, se calcula que entre el 35 % y el 60 % de las mujeres que acuden a tratamiento de TCA son diagnosticadas con TANE (Button, Benson, Nollett & Palmer, 2005; Chamay-Weber, Narring & Michaud, 2005; Fairburn & Bohn, 2005; Fairburn et al., 2007), rango que también se ha encontrado en muestras comunitarias (Mancilla-Díaz et al., 2007; Peláez, Labrador & Raich, 2006).

La evidencia mostrada sugiere llevar a cabo más estudios que contribuyan a una mejor comprensión del papel de la conducta perfeccionista en los TCA, específicamente es necesario evaluar qué componentes del perfeccionismo explican la insatisfacción corporal, la influencia del modelo de delgadez y los síntomas de TCA. Hasta el momento, en las investigaciones solo se ha trabajado con muestras de pacientes con AN y, más recientemente, pacientes con BN, pero no se han incluido muestras con TANE. Por lo tanto, el propósito de esta investigación fue analizar si los componentes de la conducta perfeccionista explican la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de TCA, en mujeres con BN o TANE. Considerando que la preocupación por los errores, la indecisión de acción y las críticas paternas son los componentes de la conducta perfeccionista, asociados positivamente con mayor psicopatología (Enns & Cox, 1999; Frost & Henderson, 1991; Lilenfeld et al., 2000), en el presente estudio se espera que estos componentes expliquen la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de TCA.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, la cual incluyó 30 mujeres que

fueron diagnosticadas con BN y 35 mujeres con TANE. Para el grupo BN la edad promedio fue 19.77 años ($DE = 3.62$) y para el grupo TANE fue 17.37 años ($DE = 2.14$). Del total de mujeres con TCA (BN o TANE) 38.46 % acudían a consulta de primera vez a clínicas especializadas en tratamiento para TCA y el 61.54 % asistían al servicio de evaluación diagnóstica de TCA del Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (Universidad Nacional Autónoma de México).

Los grupos control para BN y TANE se obtuvieron de una muestra de 120 estudiantes de una institución educativa del área metropolitana de la ciudad de México. Para seleccionar a cada grupo control se controló que la edad y el nivel de estudios fueran equiparables con las mujeres con BN o TANE. La edad promedio del grupo control de BN ($n = 28$) fue 19.54 ($DE = 2.86$) y del grupo control de TANE ($n = 35$) fue 17.51 ($DE = 2.41$). También se consideró que ambos grupos control no rebasaran el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias y del Test de Bulimia, y se utilizó una entrevista diagnóstica para descartar la presencia de TCA.

Instrumentos

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, por sus siglas en inglés)

Cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar la presencia de síntomas y características de los TCA (Garner & Garfinkel, 1979), está conformado por 40 ítems con seis opciones de respuesta. El EAT-40 fue validado en mujeres mexicanas por Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitre (2002), quienes encontraron que posee una buena consistencia interna ($\alpha = 0.90$) y establecieron el punto de corte ³ 28. En una muestra clínica, Álvarez-Rayón et al. (2004) identificaron una estructura de cinco factores: restricción alimentaria, motivación para adelgazar, bulimia, preocupación por la comida y presión social percibida.

Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés)

Elaborado para evaluar síntomas de BN (Smith & Thelen, 1984). Está conformado por 36 ítems con una escala de cinco opciones de respuesta. En la validación para mujeres mexicanas se obtuvo una buena consistencia interna ($\alpha = 0.88$), se derivaron tres factores: atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias (Álvarez, Mancilla & Vázquez, 2000), y se estableció el punto de corte ³ 85 (Álvarez, 2000).

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F, por sus siglas en inglés)

Autoinforme diseñado con la finalidad de evaluar multidimensionalmente la conducta perfeccionista (Frost et al., 1990), consta de 35 ítems con cinco opciones de respuesta. Las propiedades psicométricas de la MPS-F fueron evaluadas en una muestra mexicana por Franco (2007), quien encontró una consistencia interna adecuada del instrumento ($\alpha = 0.91$) y una estructura de seis factores: preocupación por los errores, organización, indecisión de acción, estándares personales, expectativas de los padres y críticas paternas.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés)

Creado con la finalidad de medir la valoración del peso y la figura corporal e identificar la presencia de insatisfacción corporal (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987). El BSQ está conformado por 34 ítems con seis opciones de respuesta. La validación en mujeres mexicanas fue realizada por Vázquez, Galán, Álvarez y Mancilla (2004), quienes encontraron que cuenta con una excelente consistencia interna ($\alpha = 0.98$).

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

Elaborado para medir la influencia de los agentes y situaciones sociales que transmiten el modelo estético de delgadez (Toro, Salamero & Martínez,

1994). Está conformado por 40 ítems con tres opciones de respuesta. En mujeres mexicanas fue validado por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), quienes encontraron una buena consistencia interna ($\alpha = 0.94$) e identificaron cuatro factores: influencia de la publicidad, malestar con la imagen corporal, influencia del modelo estético corporal e influencia de las relaciones sociales.

Entrevista de Diagnóstico de Trastorno del Comportamiento Alimentario (IDED, por sus siglas en inglés)

Fue diseñada por Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998) bajo un formato de entrevista semiestructurada, con el objetivo de detectar y diagnosticar los TCA. La validez de contenido de la IDED fue evaluada por dichos autores, quienes encontraron que diez expertos la calificaron favorablemente. Esta entrevista fue adaptada para población mexicana en el PIN.

Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades de las diferentes instancias (institución educativa, clínicas para tratamiento de TCA y PIN) para realizar la investigación. La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo de manera grupal en las respectivas aulas de clases de la institución educativa, y de manera individual en un cubículo asignado para tal fin en las clínicas y en el PIN. Se inició explicando el objetivo del estudio y las mujeres que accedieron a participar voluntariamente firmaron el consentimiento informado. Los cuestionarios EAT y BULIT fueron contestados en una primera sesión, mientras que la MPS-F, el BSQ y el CIMEC se contestaron en una segunda sesión.

Las entrevistas para diagnosticar a las participantes se llevaron a cabo en un aula de la institución educativa y en un cubículo de las clínicas o del PIN. Cada entrevista fue realizada por dos investigadoras con al menos dos años de entrenamiento en entrevista de diagnóstico. Las entrevistadoras desconocían la puntuación que la persona que iban a entrevistar había obtenido en el EAT y/o

el BULIT, para evitar que se sesgara el resultado de la evaluación. El análisis de la IDEED se realizó considerando los criterios del DSM-IV-TR para TCA (American Psychiatric Association, 2002).

Al finalizar la evaluación, se entregó un informe escrito a las autoridades de la institución educativa participante y se impartió una plática sobre TCA para las estudiantes, profesores y padres de familia.

Diseño

Se utilizó un diseño no experimental transeccional, con un alcance correlacional (cf., Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

Análisis de resultados

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar si existían diferencias significativas entre los grupos respecto a la edad. Se empleó un análisis de covarianza (ANCOVA), controlando la edad, para evaluar si existían diferencias significativas en cuanto a los componentes de la conducta perfeccionista (MPS-F). Por último, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, para evaluar si los componentes del perfeccionismo (variables independientes) explicaban tres variables criterio: la insatisfacción corporal (BSQ), la influencia sociocultural del modelo de delgadez (CIMEC) y los síntomas de TCA (EAT y BULIT). Se evaluó si cada modelo generado cumplía con los supuestos teóricos de la regresión: independencia, normalidad y homocedasticidad (Field, 2004). El supuesto de independencia se evaluó mediante el estadístico *D* de Durbin-Watson. El valor de este estadístico puede variar entre cero y cuatro, si se aproxima a dos indica que no existe correlación entre los residuales. Para valorar el supuesto de normalidad se graficó la probabilidad de los residuales, estos deben agruparse sobre la línea recta que va del extremo inferior izquierdo al extremo superior derecho de la figura. Por último, el supuesto de homocedasticidad se evaluó mediante la distribución de los residuales, los cuales deben distribuirse en forma aleatoria, es decir, no debe identificarse un patrón característico en los datos.

Resultados

Se realizó un ANOVA para comparar la edad de las mujeres con BN, TANE y los respectivos grupos control o sin trastorno. Los resultados mostraron que la edad promedio de las mujeres con BN y de las mujeres sin BN fue significativamente mayor ($F(3) = 6.76, p < 0.001$) que la edad promedio de las mujeres con TANE y de las mujeres sin TANE; por tanto, en los análisis posteriores la variable edad se consideró como covariante.

Para comparar las puntuaciones de la MPS-F entre los grupos se empleó un ANCOVA, controlando la variable edad. Como se puede observar en la Tabla 1, se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la puntuación total de la MPS-F y tres de sus subescalas: Preocupación por los Errores, Indecisión de Acción y Críticas Paternas. Las mujeres con BN o TANE obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las subescalas Preocupación por los Errores, Críticas Paternas y el total de la MPS-F, en comparación con las mujeres de los grupos sin trastorno; mientras que en la subescala Indecisión de Acción las mujeres con BN obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las mujeres con TANE. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a Organización, Estándares Personales y Expectativas Paternas.

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar si los componentes de perfeccionismo mostraban capacidad para explicar la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de TCA. Para cada modelo se comprobaron los supuestos teóricos de la regresión.

Los resultados mostraron que de los nueve modelos generados en la muestra de mujeres con BN solo dos cumplieron con los supuestos teóricos de la regresión. Cuando se ingresó la insatisfacción corporal como variable criterio, se encontró que Preocupación por los Errores e Indecisión de Acción explicaron el 39 % de su variabilidad (véase Tabla 2). Para este modelo el valor del estadístico *D* de Durbin-Watson fue de 1.76, el cual indica inde-

TABLA 1

Análisis de covarianza entre las mujeres con Bulimia Nerviosa y las mujeres con Trastorno Alimentario no Especificado

MPS-F	BN <i>n</i> = 30	Sin BN <i>n</i> = 28	TANE <i>n</i> = 35	Sin TANE <i>n</i> = 35	F
	' <i>X</i> (DE)	' <i>X</i> (DE)	' <i>X</i> (DE)	' <i>X</i> (DE)	
Preocupación por los Errores	38.55 _a (12.42)	25.75 _b (11.85)	34.35 _a (11.53)	27.51 _b (10.39)	7.14**
Organización	24.30 (6.17)	23.75 (4.19)	26.14 (4.14)	25.49 (3.95)	1.29
Indecisión de Acción	13.40 _a (3.98)	8.18 _b (4.02)	10.63 _b (4.13)	10.01 _b (4.62)	8.10**
Estándares Personales	13.57 (4.01)	13.32 (3.69)	14.23 (3.36)	13.03 (3.43)	0.77
Expectativas Paternas	13.53 (4.14)	13.18 (3.75)	13.91 _b (4.53)	13.40 (3.84)	0.13
Críticas Paternas	11.60 _a (3.98)	8.18 _b (4.25)	9.82 _a (3.28)	8.63 _b (4.21)	4.81*
Total	119.57 _a (25.69)	96.46 _b (21.39)	111.23 _a (21.42)	101.74 _b (24.33)	5.80**

Nota. Las medias en la misma fila que no comparten los subíndices difieren a un nivel **p* < 0.01, ***p* < 0.001 en la prueba post hoc de Bonferroni. MPS-F = Escala Multidimensional de Perfeccionismo, BN = Bulimia Nerviosa, TANE = Trastorno Alimentario no Especificado.

Fuente: elaboración propia.

TABLA 2

Análisis de regresión lineal múltiple entre los componentes del perfeccionismo, insatisfacción corporal e influencia sociocultural del modelo de delgadez

Variables	Bat	R ²	F	
Bulimia Nerviosa				
Variable criterio: insatisfacción corporal				
Preocupación por los Errores	0.40	2.64**	0.39	18.73***
Indecisión de Acción	0.30	2.01*		
Críticas Paternas	0.08	0.42		
Variable criterio: influencia sociocultural del modelo de delgadez				
Preocupación por los Errores	0.43	3.05**	0.41	20.51***
Indecisión de Acción	0.29	2.08*		
Críticas Paternas	0.05	0.78		
Trastorno Alimentario no Especificado				
Variable criterio: influencia sociocultural del modelo de delgadez				
Preocupación por los Errores	0.20	3.58**	0.15	12.85***
Indecisión de Acción	0.09	0.68		
Críticas Paternas	0.03	0.21		

* *p* < 0.05, ** *p* < 0.01, *** *p* < 0.001

Fuente: elaboración propia.

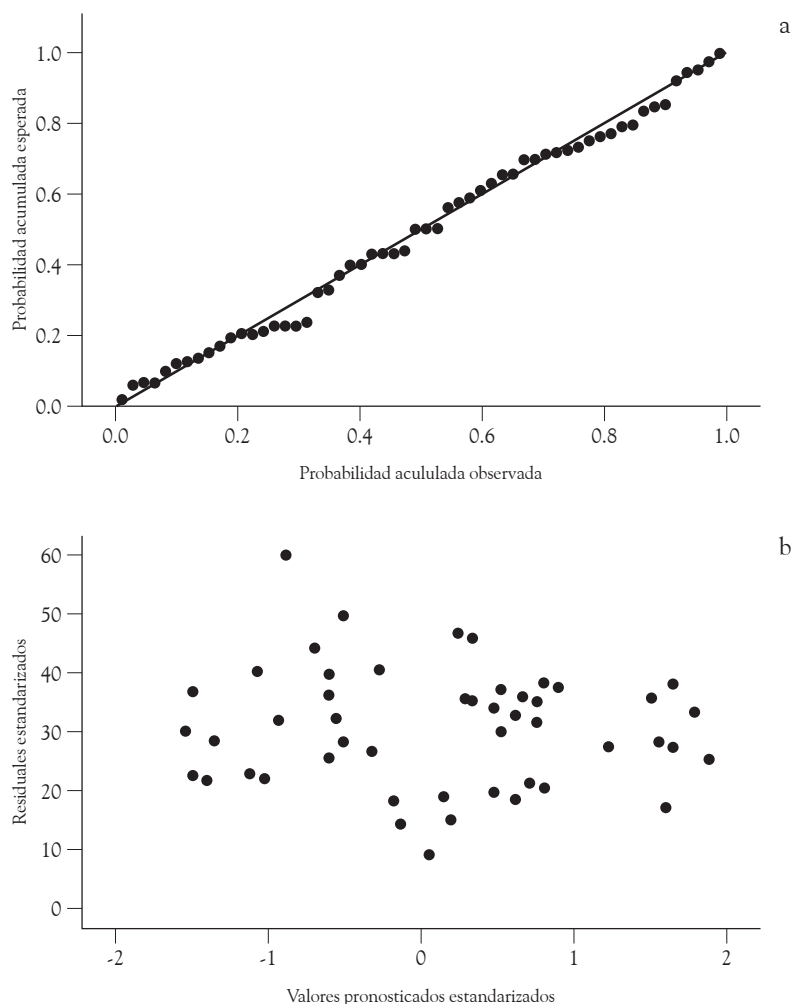
pendencia entre los residuales; además, su distribución mostró que el modelo también cumple con los supuestos de normalidad y de homocedasticidad.

Considerando la influencia sociocultural del modelo de delgadez como variable criterio, se encontró que Preocupación por los Errores e Indecisión de Acción explicaron el 41 % de su variabilidad (véase Tabla 2). El valor del estadístico D de Durbin-Watson para este modelo fue 1.65, el cual indica independencia entre los residuales; mientras que su distribución mostró que el modelo cumple con los supuestos de normalidad y de homocedasticidad (véanse Figuras 1a y 1b).

Por otra parte, en la muestra de mujeres con TANE se encontró que de los nueve modelos evaluados solo uno cumplió con los supuestos de la regresión. Considerando la influencia sociocultural del modelo de delgadez como variable criterio, se encontró que Preocupación por los Errores explicó el 15 % de su variabilidad (véase Tabla 2). El valor del estadístico D de Durbin-Watson para este modelo fue 1.86, el cual indica independencia entre los residuales, además dicho modelo cumplió con los supuestos de normalidad y de homocedasticidad.

FIGURA 1

Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo que incluye preocupación por los errores, indecisión de acción e influencia sociocultural del modelo de delgadez en mujeres con BN



Fuente: elaboración propia.

Discusión

El propósito de la presente investigación fue analizar si los componentes de la conducta perfeccionista explican la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de TCA, en mujeres con BN o TANE. Los resultados mostraron que los componentes de la conducta perfeccionista que caracterizaron a las mujeres con BN fueron la preocupación por cometer errores, la indecisión de acción y las críticas paternas, resultados que coinciden con lo encontrado por Lilienfeld et al. (2000) en cuanto a los mismos componentes de la conducta perfeccionista en mujeres con BN. Hasta el momento solo se había analizado la importancia del perfeccionismo en la AN y la BN, por lo tanto, una contribución del presente estudio fue el análisis de la muestra de mujeres con TANE, quienes también se caracterizaron por la preocupación por los errores y las críticas paternas. Este resultado evidencia que algunos componentes de la conducta perfeccionista están presentes tanto en los TCA específicos (BN) como en los trastornos subclínicos (TANE).

El análisis de regresión lineal múltiple reveló que los componentes de la conducta perfeccionista, específicamente la preocupación por los errores y la indecisión de acción, explicaron la insatisfacción corporal en las mujeres con BN. Estos resultados apoyan la propuesta de Goldner et al. (2002), debido a que se confirma que la conducta perfeccionista contribuye para que la persona se sienta inconforme con sus dimensiones corporales. Asimismo, este dato es consistente con lo señalado por Minarik y Ahrens (1996), quienes identificaron una contribución importante de la preocupación por los errores sobre la insatisfacción corporal.

En la presente investigación se encontró que en las mujeres con BN la preocupación por los errores e indecisión de acción explicaron el 41 % de la varianza de la influencia sociocultural del modelo de delgadez; mientras que en las mujeres con TANE la preocupación por los errores explicó el 15 % de la varianza. Estos hallazgos sugieren que el componente preocupación por los errores es relevante tanto en BN como en TANE, sin

embargo, en BN este componente interactúa con indecisión de acción logrando explicar en mayor medida la influencia sociocultural del modelo de delgadez. En contraste, para el caso de TANE solo el componente preocupación por los errores fue relevante para explicar esta influencia. Esto indica que conforme se va desarrollando el trastorno, los componentes de la conducta perfeccionista tienen un efecto acumulativo. Asimismo, este resultado es relevante, porque confirma que la preocupación por los errores y la indecisión de acción constituyen un factor de vulnerabilidad para presentar psicopatología (Bieling, Israeli, Smith & Antony, 2003; Enns & Cox, 1999; Frost & Henderson, 1991; Lilienfeld et al., 2000).

Los resultados del presente estudio no apoyaron la hipótesis de que las críticas paternas explican la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de TCA, en las mujeres con BN o TANE. Esto sugiere una posible diferencia entre los tipos de trastorno (AN, BN y TANE), dado que en mujeres con AN se ha encontrado que las críticas paternas sí son relevantes para explicar el trastorno (Bastiani et al., 1995; Bizeul, Sadowsky & Rigaud, 2001; Cockell et al., 2002; Halmi et al., 2000; Sutandar-Pinnock et al., 2003). Por lo tanto, en investigaciones posteriores sería importante incluir una muestra de mujeres con AN, con la finalidad de realizar un análisis comparativo entre las tres muestras (AN, BN y TANE) respecto a los componentes de la conducta perfeccionista.

También es importante mencionar que en el presente estudio los componentes de la conducta perfeccionista no explicaron los síntomas de TCA. Este resultado puede entenderse considerando que hallazgos previos sugieren que la conducta perfeccionista explica síntomas de TCA, solo si existen variables mediadoras como la autoestima o la percepción negativa del peso corporal (Bardone-Cone et al., 2006; Vohs et al., 2001).

Considerando que en algunos estudios se ha encontrado que la presencia de la conducta perfeccionista en pacientes con TCA incide en una menor efectividad del tratamiento (Bardone-Cone, Sturm, Lawson, Robinson & Smith, 2010; Bizeul et

al., 2001; Sutandar-Pinnock et al., 2003), los resultados de la presente investigación tienen algunas implicaciones para la práctica clínica. Por ejemplo, se sugiere tomar en cuenta que la preocupación por los errores está presente desde las formas subclínicas de los TCA. Asimismo, es necesario considerar la interacción entre la preocupación por cometer errores y la indecisión de acción en la BN. Por lo tanto, es conveniente medir la conducta perfeccionista en la evaluación inicial del paciente y, en todo caso, incluirla en el plan de tratamiento.

En síntesis, los resultados de la presente investigación mostraron que dos componentes de la conducta perfeccionista, la preocupación por cometer errores y la indecisión de acción, explicaron la insatisfacción corporal y la influencia sociocultural del modelo de delgadez en la mujeres con BN; mientras que la preocupación por cometer errores solo explicó la influencia del modelo sociocultural de delgadez en las mujeres con TANE. Una limitación de la presente investigación fue que no se incluyó una muestra de mujeres con AN, lo cual permitirá evaluar un espectro más amplio de los tipos de TCA; además, es necesario hacer una diferenciación al interior de la categoría de TANE, incluyendo un análisis diferencial de la conducta perfeccionista entre las formas subclínicas de AN vs. BN. Para finalizar, los resultados de esta investigación evidencian la necesidad de llevar a cabo estudios prospectivos en los que se evalúe en qué medida los componentes de la conducta perfeccionista pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de los TCA.

Referencias

- Álvarez, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7, 74-85.
- Álvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Gómez-Peresmitre, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 47-56.
- Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 9, 243-248.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F. & Joiner, T. E., Jr. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 27-42.
- Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P. & Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 139-148.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. M., Uppala, S. et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.
- Bastiani, A., Rao, R., Weltzin, T. & Kaye, W. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-154.
- Bieling, P. J., Israeli, A., Smith, J. & Antony, M. M. (2003). Making the grade: The behavioural consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, 35, 163-178.
- Bizeul, C., Sadowsky, N. & Rigaud, D. (2001). El valor pronóstico de los valores iniciales del EDI en pacientes de anorexia nerviosa: un estudio de seguimiento prospectivo de 5-10 años. *European Psychiatry*, 8, 419-425.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Button, E. J., Benson, E., Nolle, C. & Palmer, R. L. (2005). Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): Patterns of service use in an eating disorders service. *Psychiatric Bulletin*, 29, 134-136.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casula, V., Fuhrmann, C. et al. (2007). Self-oriented

- perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 562-568.
- Cervera, M. (1996). *Riego y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chamay-Weber, C., Narring, F. & Michaud, P. A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health*, 37, 417-427.
- Cockell, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E., Flett, G. et al. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 745-758.
- Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 783-794.
- Fairburn, C. G. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701.
- Fairburn, Ch., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A. & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705-1715.
- Field, A. (2004). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage Publications.
- Franco, K. (2007). *Perfeccionismo y trastornos alimentarios: una aproximación multidimensional*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X. & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.
- Frost, R. O. & Henderson, K. J. (1991). Perfectionism and reactions to athletic competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 323-335.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B. & Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 443-452.
- Goldner, E. M., Cockell, S. J. & Srikameswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. En G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Halmi, A. K., Sunday, R. S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B. D., Fichter, M. et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423-438.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorders attitudes, characteristics and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L. D. et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- Kutlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J. & Murphy-Eberenz, K. (1998). The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application

- to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41-48.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll & M. A. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 59-80). New York: Hemisphere Publishing.
- Lilienfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K. H., Pollice, C. et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered, and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30, 1399-1410.
- Lilienfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.
- Mancilla-Díaz, J. M., Franco-Paredes, K., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Alvarez-Rayón, G. L. & Téllez-Girón, M. T. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15, 463-470.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- McLaren, L., Gauvin, L. & White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 307-313.
- Minarik, M. L. & Ahrens, H. A. (1996). Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 155-169.
- Peláez, R., Labrador, F. & Raich, R. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En J. M. Mancilla-Díaz & G. Gómez-Peresmitré (Eds.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shaw, H. E., Stice, E. & Springer, D. W. (2004). Perfectionism, body dissatisfaction and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: Lack of replication. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 41-47.
- Slade, P. D. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes* (pp. 400-410). Madrid: Pirámide.
- Smith, C. & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Steele, A., Corsini, N. & Wade, T. (2007). The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of 'benign' perfectionism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1647-1655.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, B., Carter, J., Olmsted, M. & Kaplan, A. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24 month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 225-229.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influence on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Vázquez, R., Álvarez, G. & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23, 18-24.
- Vázquez, R., Galán, J. C., Álvarez, G. & Mancilla, J. M. (2004, septiembre). *Validez del Body Shape Questionnaire en mujeres mexicanas*. Trabajo presentado en el XII Congreso Mexicano de Psicología, Guanajuato, México.

Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y. et al. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 476-496.