

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD  
MENTAL.

**“INDICES DE PERFECCIONISMO EN PACIENTES CON  
TRASTORNOS ALIMENTARIOS”.**

*COMPARACIÓN DE GRUPO DE PACIENTES VS. CONTROL.*

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE “ESPECIALIZACIÓN EN  
PSIQUIATRÍA”.

NOMBRE DEL ALUMNO:

*MARÍA NOEMÍ JUÁREZ MORENO.*

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA  
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM  
*Alejandro Díaz Martínez*  
DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

TUTOR TEÓRICO:

TUTOR METODOLÓGICO:

*mar*  
DR. MARCO ANTONIO LÓPEZ BUTRÓN.

*Jesús*  
DR. JESÚS GUTIERREZ AGUILAR.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DEDICADA A:**

*ANTONIO CORDERO.*

**CON MI AGRADECIMIENTO PARA:**

**MIS TUTORES**

**DR ALEJANDRO CABALLERO ROMO**

**DRA. CLAUDIA UNIKEL**

**PISC. LAURA GONZÁLEZ**

**Por su orientación y apoyo para la realización de este trabajo.**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María Noemí

López Moreno

FECHA: 09-08-09

FIRMA: [Firma]

\*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA:

**“ÍNDICES DE PERFECCIONISMO EN PACIENTES CON TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS”**

*COMPARACIÓN DE GRUPO DE PACIENTES VS. CONTROL.*

REALIZA: *DR. MARÍA NOEMI JUÁREZ MORENO*

ASESOR TEÓRICO: *DR. MARCO ANTONIO LÓPEZ BUTRÓN.*

ASESOR METODOLÓGICO: *DR. JESÚS GUTIÉRREZ AGUILAR.*

## INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.

Se reconoce de forma general que los trastornos de la conducta alimentaria son problemas muy frecuentes que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes.

En las últimas décadas la frecuencia de estos se ha ido incrementando tanto en grupos de menor edad como en varones; hay diversas razones que pueden explicar el crecimiento reciente de los trastornos de la conducta alimentaria, pero la tendencia en general puede deberse en parte a décadas de presión social sobre las mujeres para adaptarse a modelos de belleza basados en una delgadez poco realista. Las normas culturales a favor de la delgadez y el control del peso son aceptadas de forma tan general y en un grado tan extremo que las actitudes y las conductas requeridas para un diagnóstico de trastorno alimentario, específicamente ANOREXIA NERVOSA (AN) Y BULIMIA NERVOSA (BN) no son consideradas por la mayoría de la gente como algo raro ó anormal.

Se ha estimado que la incidencia de la AN varía entre 1.4-50/100,000 entre mujeres de 12-25 años, siendo la edad más común de inicio alrededor de los 15 años, mientras que la relación hombre-mujer se calcula de 1:10. La prevalencia de este trastorno se ha descrito entre .2-.5% de la población. El rango de mortalidad se ha calculado de 0-22%.

En el caso de BN se calcula que la prevalencia es mayor, con un valor estimado entre 2-3% de la población, siendo la edad de presentación más tardía en comparación con AN.

### *DEFINICIÓN:*

Los lineamientos más utilizados mundialmente y en la actualidad para diagnosticar estos síndromes, se basan en los criterios diagnósticos descritos por el DSM IV (Diagnostic Statistical Manual-IV) y CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10), con pequeñas diferencias entre ambos y las siguientes características:

*ANOREXIA NERVOSA:*

- 1) Rechazo a mantener el peso corporal mínimo considerando la edad y talla (peso inferior al 85% del esperable).
- 2) Miedo intenso a ganar peso ó convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 3) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación ó negación del peligro que comporta el bajo peso.
- 4) Presencia de amenorrea (3 ciclos menstruales consecutivos).

*TIPOS:*

Restrictivo: Evita o restringe alimentos, no recurre a atracones o purgas.

Compulsivo/Purgativo: El individuo recurre regularmente a atracones o purgas (autoprovocación de vómito, uso excesivo) de diuréticos, laxantes o enemas).

*BULIMIA NERVOSA:*

- 1) Presencia de atracones recurrentes: a) ingesta de alimento en un periodo menor a 2 hrs., en cantidad superior a la que la mayoría de personas ingerirían en las mismas circunstancias. b) sensación de pérdida de control durante la ingesta.
- 2) Conductas compensatorias inapropiadas (autoprovocación del vómito, uso excesivo de diuréticos, laxantes, enemas, ejercicio y/o ayuno).
- 3) Los atracones y conductas compensatorias se dan 2 veces x semana en 3 meses.
- 4) La autoevaluación está influida exageradamente por el peso y silueta corporales.

*TIPOS:*

Purgativo: Se provoca regularmente el vómito o usa diuréticos, laxantes, enemas.

No Purgativo: Utiliza ayuno o ejercicio.

Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE): Se refiere a aquellos que no cumplen los criterios completos para cualquiera de los anteriores y existen 6 tipos:

1-. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para Anorexia Nervosa, pero existen menstruaciones regulares.

2-. Se cumplen todos los criterios para Anorexia Nervosa, excepto que el peso del individuo se encuentra dentro de límites normales.

3-. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para Bulimia Nervosa, con excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4.- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comidas por parte de individuos con peso normal.

5-. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.

6-. Ts compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nervosa.

#### *FACTORES ASOCIADOS.*

Varios modelos han sido usados para describir la causa y psicopatogénesis de Trastornos alimentarios, una conceptualización que es útil es el modelo psicosomático. Acorde a este modelo existen factores: predisponentes, precipitantes y sostenedores que contribuyen a la presentación de la enfermedad y cada uno de estos puede empeorar o aminorar el desarrollo del trastorno alimentario.

Los Factores Predisponentes incluyen: vivir en una cultura preocupada por la delgadez, patrones de interacción familiar que resultan en defectuosa resolución de conflictos y algunos rasgos de personalidad. (Obsesivo-Compulsiva, esquizotípica, borderline).

Los Factores Precipitantes: dietas, preocupación acerca de medidas y silueta corporales, pérdida de figura parental principal, evento estresante.

Los Factores Sostenedores: Consecuencias psicológicas del trastorno alimentario, emergencia de otro trastorno psiquiátrico.

Sin embargo, aunque persiste la presión social para conseguirla delgadez y aún con el aumento en la prevalencia de las prácticas de dietas para bajar de peso, una minoría de jóvenes o mujeres desarrollan síntomas lo suficientemente severos para alcanzar un diagnóstico psiquiátrico; pero dado el contexto cultural no es de sorprender que cada vez más jóvenes recurran a insanas prácticas alimentarias como: dieta, atracones, vómitos, abuso de laxantes etc.

Por lo tanto, los investigadores se han preguntado ¿porqué algunas chicas sucumben a la presión cultural y desarrollan un trastorno alimentario, mientras otras pasan su niñez y adolescencia sin desarrollar síntomas de este?

Investigaciones previas en busca de factores de riesgo para trastornos alimentarios, definen como “Factor de Riesgo” a la variable que ha sido encontrada a ser estadísticamente asociada con un: “Status Caso”. La literatura existente ha sugerido asociaciones entre el desarrollo de un trastorno alimentario y: raza, estado socioeconómico, disfunción familiar, Perfeccionismo, baja autoestima, gran necesidad de aprobación social, participación en un medio social en el cual la delgadez es particularmente valorada, presentar un TS de ansiedad particularmente fobia social en (BN) y trastorno obsesivo-compulsivo en (AN) y/o Depresión.

## **PERFECCIONISMO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Existen varios estudios actuales que asocian el factor PERFECCIONISMO como un elemento precipitante, prevalente e incluso heredable en la psicopatología de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

### *CONCEPTO.*

El *Perfeccionismo* es un tópico que se ha tratado ampliamente en la literatura psicoanalítica y psiquiátrica desde hace varias décadas ya que, se ha relacionado con diversas características de personalidad y Ts psicológicos: adopción de normas no realistas, sobregeneralización del fracaso, autoevaluaciones muy severas, morosidad y ansiedad.

Los trastornos ocasionados por el **Perfeccionismo** se han ligado a varias formas de psicopatología tales como: depresión, Ts alimentarios y ansiedad. Una forma de comprender los Ts asociados con este “factor” se basa en la teoría de la discrepancia de Higgins (1987); en esta teoría los atributos que uno cree poseer, el *yo real*, pueden concordar con o discrepar de los criterios personales de autoevaluación representados por el *yo ideal* y el *yo debiera*. Las discrepancias entre el *yo real* y los criterios de autoevaluación motivan al individuo a reducir esta diferencia y generan tipos específicos de estrés emocional. Las personas con fuerte orientación al logro (no perfeccionistas), tienden a experimentar discrepancias entre el *yo real* y el *yo ideal*; mientras que, los perfeccionistas presentan mayores conflictos entre el *yo real* y el *yo debiera*, lo cual afecta severamente su actividad.

El **Perfeccionismo** se define como la búsqueda de la excelencia personal manifiesta en la complacencia con las tareas bien hechas y la disposición a invertir el tiempo y el esfuerzo necesarios para lograrlo. Desde esta perspectiva, el **Perfeccionismo** no tiene ninguna connotación negativa ni patológica por lo que se considera como un componente normal de la Motivación de logro, sin embargo el **Perfeccionismo** disfuncional o patológico se presenta sólo cuando la búsqueda de la excelencia se asocia con niveles altos de un rasgo negativo como el temor al fracaso o el narcisismo.

Usualmente se ha usado el constructo de Perfeccionismo como “normal o positivo” y “neurótico ó disfuncional”.

Hamachek (1978) observó que las personas con Perfeccionismo, interminablemente realizaban juicios emocionales de sí mismos, cuestionando acerca de si ellos estaban realizando sus obligaciones completamente bien, ya que las tareas que ellos realizan no solo se traduce en hacerlo lo mejor posible, sino superar la vez anterior. Esas personas nunca se ven satisfechas y nunca creen alcanzar lo suficientemente bueno ante sus ojos; siempre creen que podrían o deberían haberlo hecho mejor.

Tales personas demandan altos niveles de realización de sí mismos que usualmente es posible lograr, pero de esta manera reducen las posibilidades para sentirse bien con ellos mismos; la razón para la demanda de esos estándares personales autoimpuestos, es que ellos son motivados no solo por un deseo de mejorar sino por el miedo a fallar; establecen irracionalmente altos estándares personales, sobrevaloran la realización y se devalúan a sí mismos.

Los *Trastornos Alimentarios* se consideran con una particular relación con el *Perfeccionismo*; bajo estas circunstancias la autoevaluación es dependiente de la búsqueda y logros de los estándares personales en el dominio y control sobre la comida, silueta y peso.

Desde 1997 C. Davis en Canadá encontró que tanto el Perfeccionismo normal (adaptativo) y neurótico (no adaptativo) habían sido asociados de forma positiva con actitudes y comportamientos asociados con Trastornos Alimentarios; de manera que realizaron un estudio valorando ambos tipos de Perfeccionismo y asociándolo con otras variables consistentes en la presentación de TCA concluyendo que el desagrado de la imagen corporal (factor clave en este tipo de Trastornos) fue más pronunciado cuando ambos tipos de Perfeccionismo fueron elevados. Posteriormente en el 2000 encontraron que el Perfeccionismo en gral., solo se relaciona con TCA cuando se combina con la tendencia de los individuos a ser ansiosos e hipercríticos.

En 1998 también Asbhy, Kottman y Schoen realizaron un estudio donde valoraban el perfeccionismo positivo y negativo, encontrando altos índices de este último en el grupo de TCA.

En el 2001 Mc Laren y cols observaron que el Perfeccionismo predice de forma significativa e independiente la restricción dietética (factor clave en TCA) en mujeres con TCA. Aún cuando el perfeccionismo se asocia más frecuentemente con AN Ó BN, M. Pratt y cols. Relacionaron altos niveles de este elemento prescrito por la sociedad entre pacientes con TANE comparado con grupo de normales.

Actualmente M. Bulik (2003) midió el Perfeccionismo desde una perspectiva multidimensional encontrando que la preocupación por los errores como un punto específico de este espectro, se correlaciona de forma significativa con la presencia de AN Y BN.

Pero no solo se ha descrito que este espectro (Perfeccionismo) sea un factor prevalente durante el TCA, sino que perdura aún después de recuperarse del Trastorno Alimentario.

En 1995 M. Srinivasagan y cols. Realizaron un estudio entre pacientes con AN ya recuperadas y un grupo control de mujeres sanas sin historia de padecimiento psiquiátrico encontrando que había más altos índices de perfeccionismo entre los sujetos recuperados de AN en comparación al grupo control, lo que permitió concluir que el comportamiento perfeccionista es independiente del estado de enfermedad, reflejando características subyacentes.

Finalmente se ha especulado que la presencia de Perfeccionismo antes de presentar TCA es un Factor Predictivo Significativo de enfermedad; específicamente en mujeres jóvenes, delgadas con estándares perfeccionistas son vulnerables a desarrollar un síndrome anoréxico, como se encontró en el estudio de R. Tirka y cols. en el 2002.

Actualmente se llevan a cabo estudios multicéntricos que tratan de identificar factores genéticos de personalidad potenciales, que puedan contribuir a la patogénesis de AN y encontraron que los factores más influyentes son: características ansiosas, evitación del daño, PERFECCIONISMO, comportamiento obsesivo-compulsivo y autodirección disminuida. Por lo que estas pueden ser conceptualizadas como potenciales factores de vulnerabilidad para el desarrollo de TCA, especialmente AN.

#### **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.**

Los instrumentos de medición en Perfeccionismo son opciones que existen para estimar el tipo y el índice de este, que presenta un individuo en un momento dado.

De acuerdo con la conceptualización de Perfeccionismo que se utilice, se han desarrollado varias escalas tratando de evaluar este rasgo desde un punto de vista unidimensional hasta multidimensional.

NPS (Neurotic Perfectionism Scale) diseñada en 1994 por Mitzman y cols., constituida por 42 ítem; diseñada para reflejar las actitudes específicas y experiencias de perfeccionismo maladaptativo pensando ser ligadas a TCA.

MPS (Multidimensional Perfectionism Scale) producida en 1989 por Hewitt y Flett compuesta por 3 subescalas correlacionadas baja a moderadamente. Valora el Perfeccionismo Orientado a sí mismo (SOP) que involucra las expectativas autoimpuestas de Perfección, Perfeccionismo Orientado hacia Otros (OOP) y Perfeccionismo Socialmente Prescrito (SPP), refleja la percepción que otros están imponiendo como expectativas de perfeccionismo en el individuo.

Compuesta por 45 ítems, 15 para cada subescala, con puntaje que va de 15-105, entre más puntaje se tiene mayor perfeccionismo.

MPS (Multidimensional Perfectionism Scale) creada por Frost y cols. en 1990, constituida por 35 ítem, de autorreporte que evalúa 6 aspectos de perfeccionismo: Preocupación sobre los errores, estándares personales, expectativas de los padres, crítica de los padres, dudas acerca de las acciones y organización.

*EDI-1 (Eating Disorders Inventory)* elaborado por Garner y cols., validada en España por Guimerá en 1987 y en México por G. Álvarez, siendo un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar las características cognitivas y conductuales de la AN y BN, no es estrictamente un instrumento de diagnóstico pero produce información muy valiosa sobre la sintomatología y sobre los aspectos psicológicos que son significativos para las pacientes. Consta de 64 reactivos con 6 opciones de respuesta agrupados en 8 factores: **PERFECCIONISMO**, motivación para adelgazar, bulimia, desconfianza interpersonal, insatisfacción corporal, miedo a madurar, identificación de la interocepción e ineffectividad. Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado.

En cuanto al perfeccionismo, esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados deberían ser mejores y que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres, profesores) esperan de él unos resultados excepcionales.

*EBP (Escala Bidimensional de Perfeccionismo)* desarrollada por Javier Aguilar en población mexicana en 1994; con el propósito de investigar la actividad del perfeccionista, Aguilar elaboró una escala preliminar de *Perfeccionismo* que medía 3 dimensiones: *Excelencia*, Reacciones negativas a los errores y *Empeño*, constituida por 18 reactivos, 7 de Excelencia, de los cuales 4 se tomaron de la Escala de orientación de logro de Díaz-Loving, Andrade y La Rosa (1987), 7 reactivos de Reacciones negativas ante los errores, de los cuales 4 se tomaron de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost y cols (1990) y 4 de Empeño. La validez se determinó a partir de sus correlaciones con otras escalas y de una tarea experimental. Una vez realizado el análisis del instrumento, se puso de manifiesto había traslapamiento entre los reactivos de las subescalas: Empeño y Reacciones negativas ante los errores; de manera que, la estrecha relación conceptual entre los constructores de Excelencia y Empeño derivada del hecho de que el segundo es instrumental del primero, se determinó rediseñar la escala, basada solamente en estos dos constructores. El coeficiente Alpha para la subescala de Excelencia es de 0.75 y el de Empeño 0.67 y de la escala completa .78 constituida por 14 ítem, instrumento de autoaplicación, evalúa al perfeccionismo con 2 subescalas: Excelencia y Empeño.

Se conformó un cuestionario compuesto por 14 aseveraciones tipo Likert con cinco niveles de respuesta que van desde Completamente de acuerdo, hasta completamente en desacuerdo, con una calificación que puntúa de 5-1 respectivamente y donde los puntajes mayores se relacionan con un rasgo más acentuado. Las siete primeras preguntas pertenecen a la escala de Excelencia y las 7 restantes a Empeño. La perspectiva que se adoptó en la realización de esta escala, se enfocó al análisis de la acción Perfeccionista y la caracterización de los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales relacionados directamente con ella; la escala construida trata de valorar la importancia que tiene para el individuo, el logro de la excelencia en su actividad personal y el esfuerzo que realiza para alcanzarla. (Para conocer las escalas Ver Anexo 1)

## **JUSTIFICACIÓN.**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria cobran cada vez mayor presencia en nuestra población, siendo las adolescentes y mujeres jóvenes las más comúnmente afectadas, no cabe duda que la presión sociocultural continua que exige patrones de belleza determinados influye en el aumento de casos; sin embargo aunque toda la población está expuesta, solo ciertos individuos con características personales específicas llegan a desarrollar la enfermedad. Se ha demostrado que el Perfeccionismo es un rasgo prevalente, precipitante y residual de los sujetos con Trastorno de Conducta Alimentaria y su presencia se ha asociado con mayor riesgo de enfermedad, por ello es importante verificar la presentación del rasgo en nuestra población, como lo refiere la literatura existente.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### PROBLEMA PRINCIPAL.

- 1-. ¿Las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentarios tienen altos índices de Perfeccionismo?
- 2-. ¿Difieren los índices de Perfeccionismo entre pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria y un grupo control?
- 3-. ¿Los índices de Perfeccionismo difieren de forma significativa entre los diversos grupos diagnósticos?

### PROBLEMA SECUNDARIO

- 3-. ¿Los índices de Perfeccionismo que se encuentren en el EDI-1 se correlacionan con la medición de la EBP?

## **HIPÓTESIS.**

El grupo identificado como pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria tendrá mayores índices de Perfeccionismo en comparación al grupo control y estos resultados tendrán una correlación entre ambas escalas de medición utilizadas.

Asimismo, según ha sido reportado en la literatura, esperamos encontrar diferencias en los índices de Perfeccionismo de cada grupo diagnóstico, siendo los pacientes con AN aquellos que obtengan mayores puntajes en la medición, así como el grupo de BN quienes tengan los menores índices.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS PRINCIPALES.**

- 1-. Conocer los índices de Perfeccionismo entre un grupo de pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria.
- 2-. Comparar índices de Perfeccionismo entre el grupo de pacientes y un grupo control.
- 3-. Comparar los índices de Perfeccionismo entre los pacientes con diversos diagnósticos de Ts de Conducta Alimentaria.

## OBJETIVO SECUNDARIO.

3-. Verificar si los índices de Perfeccionismo resultantes entre ambas escalas de medición se correlacionan.

## **VARIABLES**

INDEPENDIENTE: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Tipo de Variable: Nominal Dicotómica. Si se tiene el Trastorno o no se tiene el Trastorno de acuerdo a criterios diagnósticos del DSM IV.

DEPENDIENTE: Índices de Perfeccionismo.

Tipo de Variable: Numérica Discreta.

Calificación: puntaje obtenido por el cuestionario EDI-1.

DEMOGRÁFICAS: Edad

Tipo de variable: Numérica Continua. Calificación. Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la aplicación del instrumento.

Sexo: Tipo de Variable. Nominal dicotómica. Calificación: Hombre-Mujer.

Escolaridad. Tipo de Variable Nominal. Calificación: Secundaria, Preparatoria, Universidad.

## **METODOLOGÍA.**

TIPO DE ESTUDIO: Transversal, Observacional, Comparativo.

### MUESTRA.

Grupo Pacientes: No aleatorizada, consecutiva.

Grupo Control: No aleatorizada Convencional.

### *Obtención de la muestra:*

51 Pacientes consecutivos que acudieron por primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplan con los criterios diagnósticos para cualquier Trastorno de la Conducta Alimentaria, según criterios del DSM IV.

Control: Muestra convencional pareada, de Instituciones Educativas Públicas.

### PERIODO DE TIEMPO.

Reclutamiento de pacientes y aplicación de escalas entre los meses de junio-agosto 2003.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes de primera vez que cumplan criterios diagnósticos para algún Trastorno de la Conducta Alimentaria y que acepten participar en el estudio.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que a criterio del investigador no sean confiables para contestar el cuestionario.

Pacientes que presenten un cuadro psicótico activo.

Pacientes que hayan participado en algún estudio previo relacionado con Perfeccionismo.

Grupo Control: Solo se excluirá a aquellos que respondan como positivo de haber sido tratados ó tratarse en la actualidad por un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

PROCEDIMIENTO:

Para captar a las pacientes con Dx de Ts Alimentario procedimos a invitar a todas las pacientes de primera vez, quienes solicitaban consulta en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, durante el periodo comprendido entre septiembre 2003-noviembre del 2003, para contestar los cuestionarios de escrutinio de esta investigación (EDI y Escala Bidimensional de Perfeccionismo. EBP); a las pacientes se les informaba el objetivo del estudio y les asegurábamos la confidencialidad de los resultados, de manera que todas aquellas quienes aceptaban contestarlo participaron en el estudio. Para identificar el caso de cada paciente y posteriormente averiguar el Dx asignado según los criterios clínicos del DSM IV para Ts Alimentario, les pedimos que registraran en sus cuestionarios el No. de expediente (asignado por el hospital en consulta externa), edad, fecha y escolaridad, todas las participantes fueron mujeres entre 15-25 años.

Para completar el grupo control, (una vez identificados los grados de escolaridad en nuestro grupo de pacientes), acudimos a un plantel de Educación Pública de la zona urbana de esta ciudad, con diversos grados de escolaridad, para poder captar sujetos con edad y grado de escolaridad similar a la de nuestras pacientes, invitando a las alumnas mujeres para participar en nuestro estudio, una vez que les explicamos el objetivo del mismo y la confidencialidad de los resultados, excluyendo a aquellas mujeres que llevaran algún tipo de tratamiento psiquiátrico ó psicológico en ese momento, se les invitó a contestar los mismos cuestionarios: Escala EDI y Escala Bidimensional de Perfeccionismo (EBP). Y se incluyó a todas aquellas que aceptaron participar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se registraron los datos de todas las variables de interés en hoja de Cálculo EXCEL.

Se Realizó análisis de datos y relación de variables con Programa Estadístico SPSS.

Se utilizó la prueba  $t$  para comparación de medias, la Prueba de Levene para igualdad de varianzas, la Prueba de Kruskall Wallis y la Correlación de Pearson.

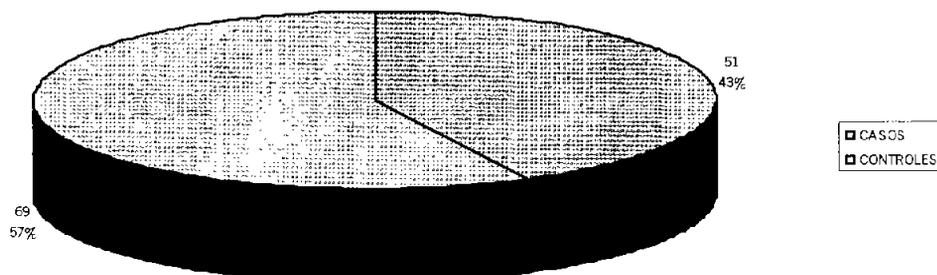
## RESULTADOS

Se lograron obtener cuestionarios de 51 pacientes mujeres quienes acudieron para su atención a la Clínica de Trastornos Alimentarios del Instituto Nacional de Psiquiatría, con cualquier Dx de Ts Alimentario, determinado clínicamente por criterios del DSM IV (AN, BN ó TANE); así como 69 mujeres tomadas de población abierta, en este caso de escuelas públicas de nivel Secundaria, Preparatoria y Universidad con la finalidad de obtener un grupo control de edades y escolaridad similares. De forma que la muestra total estuvo conformada por 120 individuos. (Tabla 1)

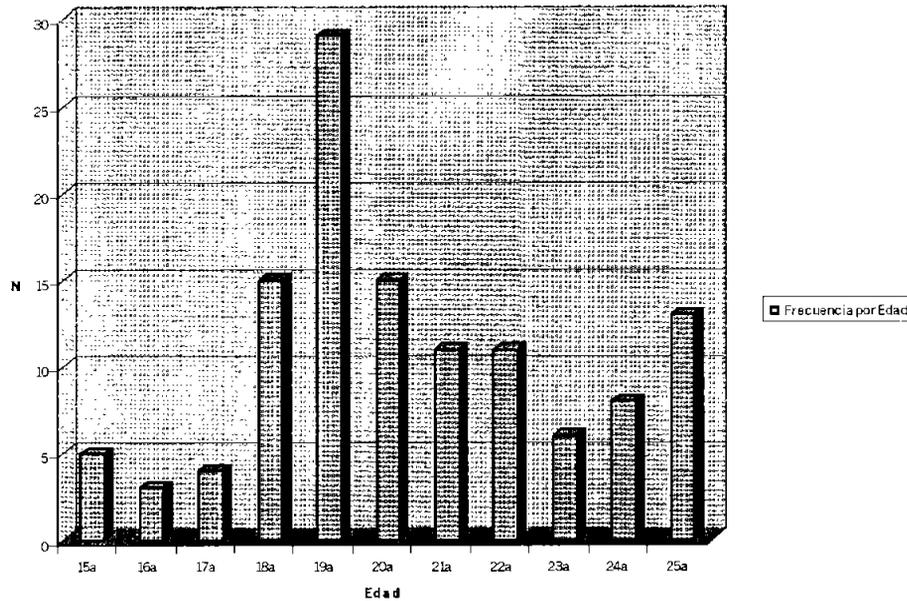
**Tabla 1. Distribución de la muestra total en grupo de casos y controles.**

GRUPOS	N	%
CASOS	51	42.5
CONTROLES	69	57.5
Total	120	100

**Distribución de la muestra por grupo de casos y grupo control**



Distribución de la muestra de acuerdo a Edad



Se realizó una prueba T para la igualdad de las medias, comparando las diferencias de edades entre cada grupo: Casos N=51 (X=20.57 DE 3.13) y Controles N=69 (X=20.16 DE 2.28) encontrando un valor de  $t = 0.408$  sin diferencia significativa entre ellos. (Tabla 3)

Tabla 3. Edad entre grupos.

GRUPO	N	Media	DE	t
CASOS	51	20.57	3.13	0.408
CONTROLES	69	20.16	2.28	ns

De la misma forma se investigó la escolaridad de ambos grupos y se hizo una comparación entre e intragrupos para definir la escolaridad prevaleciente. Observamos que poco más de la mitad del grupo de casos tenía escolaridad Preparatoria, (N=26 51.0%); de forma similar pasó en el grupo control (N=46 66.7%) donde la mayoría del grupo tenía esta escolaridad. (Tabla 4)

Tabla 4. Proporción de escolaridad intra-grupos.

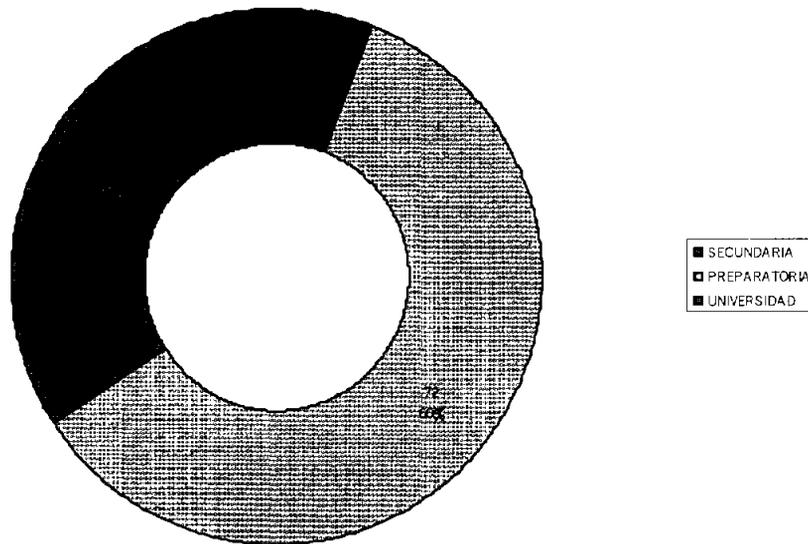
ESCOLARIDAD	Grupo de Casos		Grupo Control	
	N	%	N	%
SECUNDARIA	6	11.8	1	1.4
PREPARATORIA	26	51.0	46	66.7
UNIVERSIDAD	19	37.2	22	31.9
Total	51	100	69	100

Por otro lado, llama la atención observar que la mayor cantidad de muestra que conforma el grupo de Casos participa con el mayor porcentaje de la escolaridad Secundaria (87.5%) y al mismo tiempo, contribuye con el menor porcentaje de la población que tiene escolaridad Universitaria (46.3%) o sea que el grupo de Casos tiene menor escolaridad. (Tabla 5)

Tabla 5. Proporción de escolaridad entre los grupos.

MUESTRA	N	% Escolaridad Secundaria	% Escolaridad Preparatoria	% Escolaridad Universitaria
CASOS	51	85.7	36.1	46.3
CONTROLES	69	14.3	63.9	53.7
Total	120	100	100	100

#### Distribución de la muestra por escolaridad



A toda la muestra (N=120) se le aplicó la Escala Bidimensional de Perfeccionismo (EBP) (J.Aguilar y A.Valencia 1994) y el Eating Disorders Inventory (EDI) (D.M. Garner 1980) tomando en cuenta una de sus 6 subescalas constituyentes, en este caso la de Perfeccionismo para medir los índices de *Perfeccionismo*.

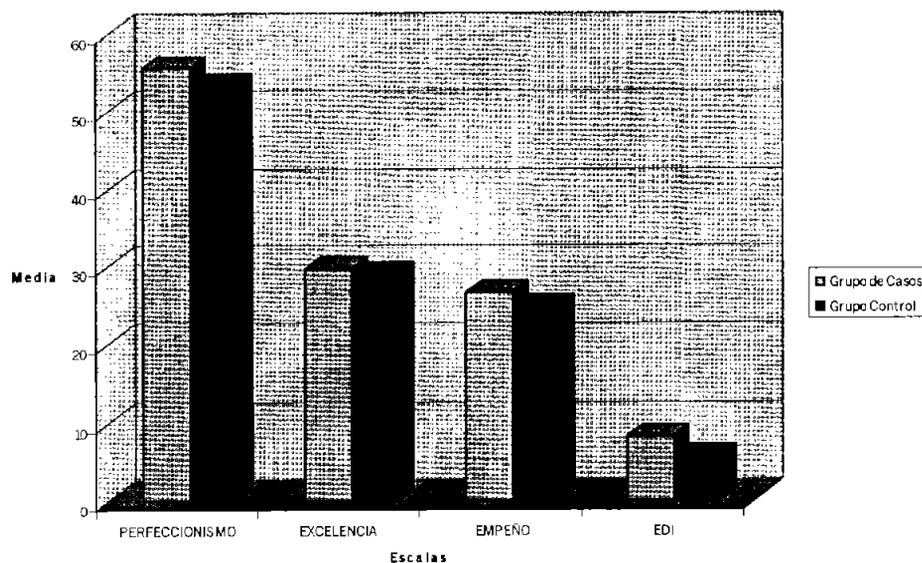
Se calificó la Escala bidimensional de Perfeccionismo (EBP) de forma global (*total*) y separándola en sus 2 subescalas EXCELENCIA y EMPEÑO; se compararon los resultados del grupo de pacientes y el grupo control, por medio de la prueba de Levene (muestras independientes) para igualdad de varianzas; encontrando que cuando se analizaron las diferencias de índices de *Perfeccionismo* para cada una de las escalas entre los grupos, la *EBP* no hizo diferencia significativa entre los puntajes para pacientes y controles; cuando descomponemos la escala en sus 2 factores, tampoco encontramos diferencias significativas entre los grupos, al tomar en cuenta la subescala de *Excelencia*; sin embargo, si hubo una diferencia significativa entre el puntaje obtenido de los grupos en la subescala de *Empeño*, donde el resultado tiene diferencia significativa al obtener un valor de 0.048. Por otro lado, se obtuvieron las medias en los puntajes del *EDI Perfeccionismo* de ambos grupos, donde sí hubo una diferencia mayor estadísticamente significativa con un valor de 0.001. (Tabla 6)

**Tabla 6. Puntajes de Perfeccionismo**

ESCALAS	X	DE	Sig
<b>EBP</b>			
Casos	55.71	8.86	
Controles	53.46	6.13	0.104
<b>EXCELENCIA</b>			
Casos	29.68	4.46	
Controles	29.08	2.97	0.560
<b>EMPEÑO</b>			
Casos	26.63	5.68	
Controles	24.81	4.27	0.048
<b>EDI Perfeccionismo</b>			
Casos	8.27	4.80	
Controles	5.74	3.32	0.001

Prueba de Levene es significativa > 0.050

**Índices de Perfeccionismo entre ambos grupos (X=)**



También realizamos una Prueba de correlación de Pearson entre todas las escalas, tratando de verificar si había concordancia entre ellas, encontrando que existía una buena correlación entre todas las escalas. (Tabla 7)

**Tabla 7. Correlaciones entre las Escalas**

	PERFECCIONISMO	EDI	EXCELENCIA
PERFECCIONISMO			
EDI	.502**		
EXCELENCIA	.807**	.389**	
EMPEÑO	.899**	.465**	.470**

\*\*Correlación de Pearson: es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Una vez que comparamos los índices de Perfeccionismo entre el grupo de Casos y el Grupo Control, decidimos agrupar a los Casos en los diversos diagnósticos obtenidos del expediente clínico de cada paciente, según los criterios diagnósticos del DSM IV, encontrando los siguientes grupos diagnósticos: Trastorno de Alimentación no Especificado (TANE) tipo : 1,2,3,4,6 Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa (BN), siendo este último el Dx más frecuente en el grupo, en una proporción ligeramente mayor a la mitad (N=26 51.0%). El Dx menos frecuente correspondió a TANE 2 y 6 con (N=2 3.9%) por cada uno.

No se captó ninguna paciente con Dx TANE 5. (Tabla 8)

**Tabla 8. Frecuencias de Diagnóstico.**

DIAGNÓSTICO	N	%
TANE 1	6	11.8
TANE 2	2	3.9
TANE 3	3	5.9
TANE 4	9	17.6
TANE 6	2	3.9
BN	26	51.0
AN	3	5.9
Total	51	100

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Debido a la desigualdad de frecuencias entre los grupos diagnósticos y para fines estadísticos, nos vimos obligados a reagrupar pacientes, que de alguna manera comparten psicopatología y sintomatología de la siguiente forma: **TANE RESTRICTIVO**: Agrupa a pacientes con Dxs Anorexia Nervosa, TANE 1 y 2 (N=11) **TANE PURGATIVO**: Agrupa pacientes con Dxs TANE 3 y 4 (N=12) **BULIMIA NERVOSA** (N=26). En cuanto al TANE 6, puesto que es un Dx que comparte en menor grado la psicopatología de los anteriores y tomando en consideración que solo 2 pacientes presentaban Ts por Atracón se eliminaron del análisis estadístico. De esta manera obtuvimos 3 grupos diagnósticos, aplicamos la Prueba de Kruskal Wallis, para obtener las comparaciones entre los grupos diagnósticos, sin detectar diferencias significativas. (Tabla 9)

**Tabla 9. Índices de Perfeccionismo en grupos Diagnósticos.**

ESCALA	DIAGNÓSTICO	N	X	DE
EPP	TANE Restrictivo	11	59.82	8.11
	TANE Purgativo	12	50.83	6.62
	BULIMIA Nervosa	26	56.50	8.53
EDI Perfección MISMO	TANE Restrictivo	11	10.82	7.15
	TANE Purgativo	12	7.42	3.37
	BULIMIA Nervosa	26	7.42	3.91
EXCELEN CIA	TANE Restrictivo	11	30.55	4.13
	TANE Purgativo	12	26.83	4.57
	BULIMIA Nervosa	26	29.62	4.07
EMPEÑO	TANE Restrictivo	11	29.27	5.14
	TANE Purgativo	12	24.17	5.02
	BULIMIA Nervosa	26	26.81	5.54

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que al menos en la población incluida, los índices de Perfeccionismo entre las pacientes con Trastorno Alimentario y aquellas que pertenecían al grupo control, son significativamente diferentes en el *EDI Perfeccionismo* y esto es similar a lo reportado mundialmente donde varios estudios han hecho mención que los índices de Perfeccionismo son notoriamente mayores en población enferma, como lo describe (Nalini y cols 1995) quienes realizaron un estudio donde reclutaron a mujeres quienes habían padecido AN y actualmente se encontraban recuperadas, vs un grupo de mujeres sanas a quienes aplicaron la escala de EDI, encontrando que la subescala de Perfeccionismo difirió significativamente teniendo mayores puntajes el grupo de pacientes recuperadas en comparación al grupo de sanas. Halmi y cols. 2000 hicieron un estudio similar donde incluyeron pacientes con Dx de AN y subtipos, para compararlos con un grupo control, para ello usaron entre otras, la escala de EDI donde no se encontró diferencia significativa entre los grupos diagnósticos en la escala de Perfeccionismo y esto concuerda con lo que nosotros encontramos en nuestro estudio al incluir grupos de pacientes con diferentes diagnósticos de Ts Alimentarios, sin que encontráramos diferencias significativas, sin embargo, los 2 grupos de pacientes tuvieron puntajes significativamente más altos en comparación al grupo sin Ts Alimentario. Además Kalam Sutandar-Pinnock y cols. 2002 realizó otro estudio comparativo donde incluyó un grupo de pacientes con AN quienes habían sido hospitalizadas, las siguió durante 2 años y en ese intervalo de tiempo realizó mediciones de Perfeccionismo y las comparó contra un grupo control, encontrando que el grupo con mayor puntaje en Perfeccionismo había sido el actualmente enfermo, que éste difería de forma significativa en comparación al grupo Control y que estos índices resultaban muy altos incluso en los individuos recuperados al compararse con el grupo control.

Y esto aplica incluso a otros grupos diagnósticos, como resultó en el estudio de M. Pratt y cols. 2001 quien comparó los índices de perfeccionismo entre grupos de pacientes con Dx TANE 6, BN y grupo control quienes no encontraron grandes diferencias entre los puntajes de los grupos de pacientes, pero sí una evidente diferencia cuando se compararon con el grupo control. En nuestro estudio, desafortunadamente la muestra de pacientes con Dx TANE 6 era demasiado pequeña para compararla y observar estas diferencias, por otro lado, las características de esta entidad clínica

difieren lo suficiente como para haberlas reagrupado de forma similar a las otras pacientes.

Esto hace pensar que independientemente del diagnóstico, los índices de Perfeccionismo entre los grupos de pacientes sean significativamente más altos que los del grupo control, como pudimos comprobar en el caso de la Escala de *EDI Perfeccionismo* y en la subescala de *Empeño* de la *EBP*, donde nuestros resultados demuestran dicha diferencia en el grupo de Casos, comparado con el grupo Control, pero esto no fue así cuando se realizó la comparación con la *EBP* total ó con la subescala de *Excelencia*, esto pudiera deberse a que, aunque ambas escalas tratan de medir el mismo constructo los enfoques o los factores que conforman el concepto de Perfeccionismo son diversos, como se mencionó al principio.

De manera que, mientras la *EBP* trata de analizar la acción del perfeccionista y caracterizar los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales relacionados directamente con ella y de esta forma valorar la importancia que tiene para el individuo el logro de la excelencia en su actividad personal y el esfuerzo que realiza para alcanzarla; hay que tomar en cuenta la estrecha relación conceptual entre los constructos de excelencia y empeño derivada de que éste último es instrumental del primero.

En cuanto al *EDI-perfeccionismo*, se encarga de medir el grado en que el sujeto cree que sus resultados deberían ser mejores y que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres, profesores) esperan de él unos resultados excepcionales.

Por otro lado, nuestros resultados hacen sentido con los reportados por Álvarez y cols. 1998 quienes encontraron que el Perfeccionismo no se correlacionaba con la AN o la BN y se atañó a una correlación débil y significativa entre esta escala (*EDI Perfeccionismo*) y el *EAT*.

Asimismo, llama la atención no encontrar diferencia significativa ente los grupos diagnósticos, pues se ha reportado que las pacientes con AN son las que presentan mayores índices de Perfeccionismo y de estas, las de tipo Restrictivo son quienes tienen mayores puntajes, lo que hace sentido cuando observamos las características de personalidad de este tipo de pacientes (obsesivas, alto autocriticismo y estándares personales, niveles de aspiración más altos, motivación al logro, competitividad, miedo al fracaso etc), lo que puede observarse también en las personas con altos niveles de perfeccionismo (Aguilar 1994).

Puesto que nuestra muestra tenía muy pocas pacientes con Dx de AN nos vimos en la necesidad de reagrupar los grupos de pacientes y si bien, no encontramos una diferencia significativa entre los grupos Dxs, fue evidente la tendencia de mayores índices de Perfeccionismo en los grupos de pacientes que incluían a los TANE 1 y 2 (Restrictivos), sumado a los de AN. Algo que llama la atención es que las pacientes no tuvieron puntajes de Excelencia significativamente diferentes en comparación al grupo control y esto se relaciona con ellas cuando encontramos que los sujetos con altos niveles de excelencia no temen que se les evalúe negativamente, ni son dados a demorar la realización de tareas y pueden presentar niveles bajos de temor al fracaso y tensión, características contrarias a las que observamos en pacientes con Ts Alimentarios.

Por otro lado sería difícil definir la razón por la cual los TANE 3 y 4 (Purgativos) quienes comparten la mayoría de sus características clínicas y psicopatológicas con la BN tuvieron menores puntajes en Perfeccionismo que éstas últimas, aunque hay que mencionar que esto no alcanzó diferencia estadísticamente significativa y que varios estudios ya han reportado que existen menores índices de Perfeccionismo en pacientes con estas características clínicas, probablemente influido en parte, por los rasgos de Personalidad .

Finalmente cabe mencionarse la correlación que se obtuvo entre las diversas escalas utilizadas, al incluir la Prueba de Pearson, pues de alguna manera podemos pensar que estamos midiendo de forma aproximada, la misma característica con diferentes instrumentos y en este caso en particular toma importancia cuando se trata de una escala diseñada y desarrollada con población mexicana, en comparación a un instrumento ampliamente utilizado pero desarrollado en otro tipo de población.

## CONCLUSIONES

Con este estudio pudimos encontrar algunas similitudes con los estudios reportados en la literatura mundial, acerca de los índices de *Perfeccionismo* que presentan las pacientes con Ts Alimentarios vs población general, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes y el grupo control.

De la misma manera, cuando realizamos comparaciones entre grupos diagnósticos, solo observamos una tendencia mayor de *Perfeccionismo* entre los pacientes con características Alimentarias Restrictivas (AN, TANE 1 y 2), en comparación a aquellos con características clínicas compulsivo-purgativas (BN y TANE 3 y 4).

Y esto toma importancia cuando tenemos en cuenta que el Perfeccionismo disfuncional o patológico se caracteriza por una fuerte tendencia a lograr la excelencia junto con altos niveles de un rasgo negativo relevante como el temor al fracaso o el narcisismo, configurando así diferentes patrones de Perfeccionismo en distintas estructuras de Personalidad y esto a su vez, influye en la evolución y pronóstico de los pacientes en este caso con Ts Alimentarios.

El estudio de estos patrones mostraría la diversidad de formas que puede adoptar el *Perfeccionismo* disfuncional, permitiendo una comprensión más profunda de su naturaleza de sus relaciones con otros rasgos y de la influencia o impacto que pudiera tener en la Psicopatología de los Ts Alimentarios.

Además se deberán estudiar las relaciones entre los patrones de *Perfeccionismo* mencionados y otros patrones de Personalidad como el Grupo A del DSM IV y los Ts Alimentarios.

## ANEXO 1

### ESCALA BIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO

- 1.- Es muy importante para mí hacer las cosas cada vez mejor.
- 2.- No estoy tranquila (o) hasta que mi trabajo queda bien hecho.
- 3.- Me gusta que lo que hago esté bien hecho.
- 4.- Soy exigente al juzgar la calidad de mi trabajo.
- 5.- Es importante para mí ser completamente competente en todo lo que hago.
- 6.- Soy cuidadosa (o) al extremo de la perfección.
- 7.- Soy escrupulosa(o) en la realización de mis tareas.
- 8.- Hago las cosas con tanto esmero que empleo más tiempo que los demás.
- 9.- Cuando estoy realizando una tarea empleo mucho tiempo en la revisión y corrección de cada parte.
- 10.- Cuando estoy realizando un trabajo trato de pulir tanto cada parte que a veces tengo problemas para terminar a tiempo.
- 11.- En la realización de algunas tareas avanzo lentamente porque hago muchos cambios y correcciones.
- 12.- Acostumbro volver a lo que acabo de hacer para mejorarlo.
- 13.- Aún cuando ya he terminado una tarea sigo pensando como puedo mejorarla.
- 14.- Cuando estoy realizando un trabajo rehago algunas partes para tratar de mejorarlas.

\* Los 7 primeros reactivos corresponden a la subescala de Excelencia y los restantes, corresponden a la subescala de Empeño.

## EDI PERFECCIONISMO

- 13.- Mi familia solo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual.
- 29.- Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros.
- 36.- Me molesta sentirme menos en las actividades que hago, en relación con la persona que lo hace mejor.
- 43.- Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.
- 52.- Creo que las cosas las debo hacer perfectamente o si no, mejor no hacer.
- 63.- Mis metas son excesivamente altas.

## BIBLIOGRAFÍA.

- 1-. **Álvarez Tapia.** Factores Predoctorales de la Sintomatología de los Trastornos Alimentarios. *Revista Psicología Contemporánea, año 7, vol. 7 No.1.*
- 2-. **Aguilar Javier.** Desarrollo y Validación de una Escala Bidimensional de Perfeccionismo. *Facultad de Psicología UNAM. Vol. 11, No.2, 1994, 103-11.*
- 3-. **Bulik Cynthia.** The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *Am. J. Psychiatry Feb. 2003, 60:2, 366-68.*
- 4-. **CIE 10.** Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. *OMS 1992.*
- 5-. **Davis Caroline.** Normal and Neurotic Perfectionism in Eating Disorders: An Interactive Model. *Int. J. Eat Disord 22: 421-26, 1997.*
- 6-. **Davis Caroline.** Not Jus a Pretty Face: Physical Attractiveness and Perfectionism in the Risk for Eating Disorders. *Int. J. Eat. Disord 27: 67-73, 2000.*
- 7-. **DSM IV.** Diagnostic Stadistical Manual. APA 1995.
- 8-. **EDI -1.** Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. 1987.
- 9-. **Halmi Katherine.** Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality and Pathological Eating Behavior. *Am. J. Psychiatry Nov. 2000; 157:11, 1799-1805.*
- 10-. **Joiner Thomas.** First and Second Order Factor Structure of Five Subscales of the Eating Disorders Inventory. *Int. J. Eat. Disord 23: 189-198, 1998.*

11-. **Kalam Sutandar-Pinnock.** Perfectionism in Anorexia Nervosa: A 6-24 month follow-up study. *Int. J. Eat. Disord* 33; 225-229, 2003.

12-. **Kaplan Harold.** Sinopsis de Psiquiatria 8a. Ed. Abril 2000, 816-828.

13-. **Mc Laren Lindsay.** The Role of Perfectionism and Excessive Commitment to Exercise in Explaining Dietary Restraint: Replication and Extensión. *Int. J. Eat. Disord* 29: 307-313, 2001.

14-. **Nalini Srinivasagam.** Persistent Perfectionism, Symetry and Exactness After Long-Term Recovery From Anorexia Nervosa. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152:11 Nov. 1630-34.

15-. **Pratt Elizabeth.** Perfectionism in Women with Binge Eating Disorder. *Int. J. Eat. Disord* 29: 177-86, 2001.

16-. **Shafran Roz.** Clinical Perfectionism: a Cognitive-Behavioural Analysis. *Behaviour Research and Therapy* 40 (2002) 773-791.

17-. **Striegel Ruth.** Risk Factors for Eating Disorders. *Annals of ths NY Academy of Science* 817: 98-109, 1997.

18-. **The Psychiatriis Clinics of North America.** Eating Disorders. *Vol. 19, No. 4,* December 1996.

19-. **The Price Foundation Collaborative Group.** Deriving Behavioural Phenotypes in an International, Multi-Centre Study of Eating Disorders. *Psychological Medicine* 2001 31: 635-45.

20-. **Tyrka Audrey.** Prospective Predictors of the Onset of Anorexic and Bulimic Syndromes. *Int. J. Eat. Disord* 32: 282-90, 2002.