



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA EN LA SALUD

PERFECCIONISMO Y TRASTORNOS DEL  
COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: UNA  
APROXIMACIÓN MULTIDIMENSIONAL

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A  
**KARINA FRANCO PAREDES**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO  
**DIRECTOR:** DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ  
**COMITÉ:** DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO  
DRA. GILDA GÓMEZ-PERESMITRE  
DRA. ROSA MARÍA RAICH ESCURSELL  
DR. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ  
DRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO  
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta investigación fue posible gracias a la beca 165827 otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para cursar estudios de posgrado y al proyecto con número de registro: U40208-H financiado parcialmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Agradezco al Proyecto de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, a las autoridades de las instituciones educativas y a las clínicas por las facilidades otorgadas para realizar este estudio.

Un reconocimiento a todos los participantes y tesistas del Proyecto de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, por su apoyo en las diferentes etapas de esta investigación.

Un profundo agradecimiento a los miembros del jurado, Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz, Dra. Rosalía Vázquez Arévalo, Dra. Gilda Gómez-Perezmitre, Dra. Rosa María Raich Escursell, Dr. Arturo Silva Rodríguez, Dra. María del Rocío Hernández Pozo y Dra. Sofía Rivera Aragón, por enriquecer este trabajo con sus valiosos comentarios.

**Dr. Mancilla**

Agradezco su valiosa asesoría en este trabajo y por contribuir sustancialmente en mi formación académica

**Integrantes del PIN**

Gina, Rosalia, Xochitl, Vero, Trini y Erick, un agradecimiento especial por el apoyo brindado y por permitirme convivir con ustedes en la cotidianidad.

**A mis padres**

Reconozco su apoyo total y amor. Gracias por la confianza y respeto que ha caracterizado nuestra relación.

**Felipe**

Agradezco tu apoyo incondicional, motivación constante y amor expresado. Porque compartimos el gusto por la investigación.

**Familia Díaz**

Por sus atenciones y ayuda incondicional.

**Wuendy, Ernesto y Edmundo**

Porque crecimos juntos

**Vero, Rosy, Delma, Eva y Toño**

Por nuestra amistad

## ÍNDICE

Resumen	I
Abstract	II
Introducción	1
Antecedentes	
1. Perfeccionismo	
1.1. Definición y clasificaciones del perfeccionismo	3
1.2. Evaluación del perfeccionismo	8
2. Trastornos del comportamiento alimentario	
2.1. Influencias socioculturales	16
2.2. Anorexia Nerviosa	21
2.3. Bulimia Nerviosa	23
2.4. Trastornos del comportamiento alimentario en varones	25
3. Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario	27
Primer estudio: Estructura factorial y consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F).	
Método	44
Resultados	45
Discusión y conclusiones	53
Segundo estudio: Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario.	
Método	58
Resultados	68
Discusión y conclusiones	94
Referencias	106
Anexos	131

## RESUMEN

El propósito general de la presente investigación fue evaluar el papel del perfeccionismo en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en una muestra mexicana para lo cual se realizaron dos estudios. En el Estudio 1 se evaluó la estructura factorial y la consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F) con la participación de 450 mujeres y 358 hombres con una edad promedio de 14.27 años (DE = 2.45). La consistencia interna de la MPS-F fue  $Alpha = 0.91$  para ambos géneros. El análisis factorial de componentes principales con rotación Ortogonal derivó seis factores para las mujeres (preocupación por los errores, organización, indecisión de acción, estándares personales, expectativas paternas y críticas paternas) y cuatro factores para los hombres (preocupación por los errores, organización, estándares personales e indecisión de acción). Se concluyó que la MPS-F es una escala adecuada para evaluar el perfeccionismo en la muestra empleada. En el Estudio 2 se analizó si los componentes del perfeccionismo caracterizan a las personas con TCA o con sintomatología del trastorno y si algún componente era relevante en la explicación de los síntomas de TCA. La muestra comunitaria estuvo conformada por 555 mujeres y 413 hombres con una edad promedio de 15.12 años (DE = 2.55). La muestra clínica incluyó 74 mujeres diagnosticadas con TCA y adicionalmente participaron 74 mujeres diagnosticadas sin TCA, con una edad promedio de 17.89 años (DE = 4.26). Los participantes contestaron el Test de Actitudes Alimentarias, el Test de Bulimia, el Cuestionario de Imagen Corporal, el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal y la MPS-F. Se encontró que tanto las mujeres como los hombres con perfeccionismo alto se caracterizaron por presentar insatisfacción corporal e influencia del modelo estético corporal. Las mujeres diagnosticadas con TCA o con sintomatología del trastorno mostraron excesiva preocupación por cometer errores, indecisión de acción y exposición a críticas paternas en comparación con sus grupos control. Los hombres con sintomatología de TCA mostraron mayor preocupación por cometer errores e indecisión de acción en comparación con los hombres sin sintomatología de TCA. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que la preocupación excesiva por cometer errores tiene explicó la insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético corporal en mujeres con TCA. Se concluyó que la conducta perfeccionista caracteriza a las personas diagnosticadas con TCA o con la sintomatología del trastorno y que la preocupación excesiva por cometer errores explica adecuadamente la insatisfacción corporal y la influencia del modelo de delgadez.

## ABSTRACT

Two studies were designed to evaluate the role of perfectionism in eating disorders (ED) in a Mexican sample. In the first study the factorial structure and the internal consistency of the Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-F) was determined. The sample comprised 450 women and 358 men with a mean age of 14.27 years old. The internal consistency of MPS was  $\text{Alpha} = 0.91$  for both genders. A principal component analysis with orthogonal rotation was carried out which yielded six factors for women, concern over mistakes, doubting of actions, organization, personal standards, parental expectations and parental criticism, and four factors for men, concern over mistakes, organization, personal standards and doubting of actions. Overall, the MPS-F appears to be a useful measure of perfectionism. In the second study the purpose was investigate if the components of perfectionism mirroring a distinction between people with ED or with the symptomatology of ED in comparison with healthy people and if any of these components could explain the symptoms of ED. The Eating Attitude Test, Bulimia Test, Body Shape Questionnaire, Influences of Esthetic Model Questionnaire and MPS-F were administered to both community and clinical samples. The community sample included 555 women and 413 men with a mean age of 15.12 years old ( $\text{SD} = 2.55$ ). The clinical sample comprised 74 women with ED, also 74 women without ED participated, with a mean age of 17.89 years old ( $\text{DS} = 4.26$ ). The results revealed that people with high perfectionism showed body dissatisfaction and influence of esthetic model. Women with ED or symptomatology of ED reported more concern over mistakes, doubting of actions and parental criticism compared to healthy women. Men with symptomatology of ED had higher scores on concern over mistakes and doubting of actions than healthy men. A multiple regression analysis showed that concern over mistakes explains body dissatisfaction and influence of esthetic model in the clinical sample. Data suggest that perfectionism is a characteristic of people with ED or symptomatology of ED, and that concern over mistakes explains body dissatisfaction of women and the influence of thinness model.

## INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) convergen múltiples factores como la cultura, la familia y el individuo. Ejemplo de ello es que en la cultura actual se ha sobredimensionado el valor del cuerpo y su estética por encima de otros aspectos del ser humano; se exige que la mujer y el hombre desarrollen cuerpos que se ajusten a los ideales vigentes (delgadez o musculatura). A su vez, existen diversos factores individuales que facilitan la asimilación del estereotipo corporal deseable y que generan mayor vulnerabilidad para el desarrollo de un TCA. Al respecto, algunos autores han propuesto que la búsqueda incesante de la delgadez tiende a ser asumida, en mayor medida, por personas que están insatisfechas con su situación personal, quienes consideran que si logran cumplir con el estereotipo de delgadez será la solución a su insatisfacción (García-Camba, 2001; Raich, 1994). Específicamente, se ha sugerido que el perfeccionismo es una característica individual que contribuye a que las personas se comprometan en la búsqueda del modelo estético deseable y para ello realizan conductas alimentarias inadecuadas.

Los estudios clínicos han mostrado que las personas con TCA establecen metas personales excesivamente altas y esperan realizar de manera perfecta todo lo que se proponen (Ducker & Slade, 1995; Feinholz, 1997a, 1997b). Algunos autores han destacado la importancia de la conducta perfeccionista en los TCA y han elaborado modelos explicativos en los que incluyen esta conducta como un punto clave en el desarrollo de estos trastornos. En el contexto internacional las investigaciones han mostrado que el perfeccionismo está asociado con síntomas de los TCA (Pryor & Wiederman, 1996; Vitousek & Manke, 1994) y en algunos estudios se ha identificado que es un factor de riesgo para el desarrollo de estas psicopatologías (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999; Fairburn, Shafran & Cooper, 1999; Lilenfeld et al., 1998; Lilenfeld et al., 2000). No obstante, existen algunas interrogantes respecto a si todos los componentes de la conducta perfeccionista están asociados con los TCA o sus síntomas. Asimismo, es necesario incluir medidas específicas de síntomas de TCA y considerar la evaluación de muestras de

varones, dado que hasta el momento la mayoría de los estudios han incluido muestras femeninas.

En el ámbito nacional se han encontrado resultados inconsistentes al evaluar el perfeccionismo en personas con TCA o su sintomatología. Algunos autores han mostrado que las personas con sintomatología de TCA se caracterizan por ser perfeccionistas, mientras que en otras investigaciones el perfeccionismo no ha caracterizado a las personas con sintomatología de TCA. Hasta el momento las investigaciones realizadas sólo han empleado la subescala perfeccionismo del Inventario de Trastorno del Comportamiento Alimentario elaborado por Garner, Olmstead y Polivy (1983), la cual ha mostrado propiedades psicométricas inadecuadas para evaluar la conducta perfeccionista en muestras mexicanas (Alvarez & Franco, 2000; Mancilla, Franco, Alvarez & Vázquez, 2003). Los antecedentes que existen respecto al papel del perfeccionismo en los TCA muestran que es necesario analizar si las personas perfeccionistas son más vulnerables a presentar síntomas de TCA que las personas que no presentan perfeccionismo. Asimismo, es importante precisar la influencia específica de cada uno de los componentes de la conducta perfeccionista en relación con los síntomas de TCA. Específicamente en población mexicana es indispensable contar con una escala apropiada para medir la conducta perfeccionista en muestras mexicanas. Por tanto, el objetivo general de esta investigación fue evaluar el papel del perfeccionismo en los TCA en una muestra mexicana, para ello se realizaron dos estudios. En el primer estudio se evaluó la estructura factorial y la consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F, por sus siglas in inglés) en jóvenes mexicanos. En el segundo estudio se evaluó si los componentes de la conducta perfeccionista caracterizan a las personas con TCA o con la sintomatología del trastorno y si algún componente era relevante en la explicación de síntomas de TCA y factores socioculturales asociados a estas psicopatologías.

## **ANTECEDENTES**

### **1. Perfeccionismo**

#### **1.1. Definición y clasificaciones del perfeccionismo**

El estudio de la conducta perfeccionista ha recibido especial atención en las últimas décadas debido a que es considerada una característica importante en el desarrollo de diversas psicopatologías, ejemplo de ello es que en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés; *American Psychiatric Association* [APA], 2000) el perfeccionismo es el segundo criterio para el Trastorno Obsesivo-compulsivo de la Personalidad.<sup>1</sup>

En el campo de la psicopatología, el estudio de la conducta perfeccionista inicialmente fue abordado desde una perspectiva unidimensional hasta que hace más de una década se propuso una perspectiva multidimensional. Dentro del enfoque unidimensional Hollender (1978) definió el perfeccionismo como la práctica de auto-demandarse o demandar a otros una ejecución superior a la que requiere una situación. Burns (1980) consideró esta definición y ofreció una descripción de las personas perfeccionistas mencionando que se caracterizan por establecer metas personales irreales y adherirse de manera rígida a la consecución de las mismas; asimismo, sus autoevaluaciones son realizadas en función de sus actos y logros.

Por su parte, Pacht (1984) definió el perfeccionismo como la tendencia a creer que el estado perfecto existe y que todas las personas deben intentar lograrlo. Las personas perfeccionistas presentan un esquema de pensamiento en el que únicamente existen los puntos extremos, todo es blanco o todo es negro, no reconocen puntos intermedios; lograr el 95% e incluso el 99% de las metas, usualmente es visto como un fracaso, no es la perfección.

---

<sup>1</sup> De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000), el segundo criterio del Trastorno Obsesivo-compulsivo de la personalidad es: “perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej. [la persona] es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas”, p. 689).

La caracterización del perfeccionismo derivada de la perspectiva unidimensional presenta algunas imprecisiones. En primer lugar, puede entenderse que el establecimiento de metas está basado únicamente en función de los deseos personales, sin la influencia de los otros e independientemente del entorno social (Halmi et al., 2000). Asimismo, se hace énfasis en que la característica principal del perfeccionismo es el establecimiento de metas personales excesivamente altas. Sin embargo, establecer y esforzarse por alcanzar metas altas, por si mismo no puede ser considerado como algo patológico, algunas evidencias sugieren que refleja un estilo de vida positivo y contribuye a un funcionamiento psicológico saludable; además, en la actualidad tiene una connotación positiva socialmente (Bieling, Israeli & Antony, 2004; Davis, 1997; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990).

Al inicio de la década de los 90's algunos autores propusieron estudiar el perfeccionismo desde una aproximación multidimensional. Esta postura proporcionó una descripción detallada de la conducta perfeccionista, favoreció el desarrollo de instrumentos de evaluación más completos y permitió diferenciar claramente entre los aspectos interpersonales e intrapersonales que están presentes en dicha conducta. Desde esta perspectiva una persona perfeccionista presenta las siguientes características: se impone metas personales demasiado altas, valora excesivamente el orden y la organización, autoevalúa de manera inadecuada sus logros, experimenta incertidumbre acerca de su rendimiento, principalmente cuando no tiene pruebas absolutas de la calidad de su ejecución y percibe que no está cubriendo las expectativas de sus padres, quienes realizan críticas desmesuradas de su ejecución (Frost et al., 1990; Purdon, Antony & Swinson, 1999).

Los trabajos realizados por Hewitt y Flett (1989; 1990; 1991b) apuntalaron la propuesta de que en la conducta perfeccionista están implicados aspectos intra e interpersonales y sugirieron las dimensiones siguientes:

- **Perfeccionismo auto-orientado:** tendencia a imponerse estándares altos, en combinación con una gran motivación para lograrlos y evitar el fracaso. En

estas condiciones, la persona es poco hábil para aceptar sus defectos, sus fallas y se critica excesivamente.

- **Perfeccionismo orientado hacia otros:** está basado en creencias y expectativas acerca de las capacidades de los demás; se imponen estándares poco realistas a otras personas y se demanda que los logren. Los sentimientos de culpa, la falta de confianza y la hostilidad son dirigidos hacia los otros con la finalidad de influir sobre ellos.
- **Perfeccionismo establecido socialmente:** se cree que es necesario lograr estándares y expectativas que los otros consideran adecuadas, pero que por lo general no sólo son difíciles, sino imposibles de alcanzar. No obstante, la persona hace todo lo posible por cumplir con tales estándares buscando aprobación, aceptación y evaluaciones positivas. La búsqueda constante de la perfección genera cierto descontrol y la persona experimenta sentimientos de ansiedad, desamparo, enojo e impotencia, sentimientos que frecuentemente están asociados con diversas psicopatologías.

La principal diferencia entre estas dimensiones no son los patrones de conducta *per se*, sino a quién van dirigidas o a quién pueden ser atribuidas las conductas (Hewitt & Flett, 1991b).

Considerando que en la conducta perfeccionista podían identificarse aspectos positivos y negativos, se han propuesto al menos tres clasificaciones de dicha conducta. El primer autor que identificó dos tipos de perfeccionismo fue Hamacheck en 1978, quien presentó la clasificación siguiente:

- **Perfeccionismo Normal:** la persona obtiene un placer real por el esfuerzo realizado en sus actividades y sabe que puede cometer algunas imprecisiones sin que esto demerite su trabajo. La aprobación de los demás sólo representa un reconocimiento adicional que la motiva a continuar y a mejorar su trabajo.

- **Perfeccionismo Neurótico:** aquí se incluyen las personas cuyos esfuerzos, incluso los mejores, nunca son suficientes, al menos ante sus ojos. Consideran que deberían hacer mejor sus actividades y son incapaces de sentir satisfacción porque creen que no están haciendo las cosas adecuadamente.

Por su parte, Slade (1996) partiendo de una aproximación cognitivo conductual, retomó los conceptos de reforzamiento positivo y negativo para distinguir entre una forma normal (positiva) y una forma patológica (negativa) de perfeccionismo.

- **Perfeccionismo positivo:** refiere a las conductas y cogniciones dirigidas a lograr metas altas que permitan obtener consecuencias positivas, por ejemplo, éxito, excelencia y calidad total. Las personas con perfeccionismo positivo hacen todo lo posible por acercarse a los ideales aceptados socialmente y experimentan satisfacción, placer y euforia cuando logran sus metas.
- **Perfeccionismo negativo,** incluye todas las conductas y cogniciones dirigidas al logro de metas altas que permitan escapar o evitar consecuencias negativas, por ejemplo, el fracaso, la imperfección y la mediocridad. Las personas con perfeccionismo negativo buscan alejarse de las actividades poco valoradas socialmente y nunca experimentan satisfacción al lograr sus metas porque saben que el fracaso puede ocurrir en cualquier momento.

La clasificación que ha sido aceptada por un número importante de investigadores reconocidos en el área, es la propuesta por Antony y Swinson (1998) quienes distinguieron entre perfeccionismo no patológico y perfeccionismo patológico, definiéndolos de la manera siguiente:

- **Perfeccionismo saludable,** la persona establece estándares altos debido a que considera importante lograr la perfección, conoce los costos personales y los beneficios de imponer tales estándares y sabe que puede ser flexible.

- **Perfeccionismo no saludable**, la persona busca asiduamente cumplir con sus estándares aún cuando sean excesivos y rígidos debido a que está convencida de que sus actuaciones deben ser perfectas.

En los últimos años esta clasificación ha recibido apoyo empírico considerable, de hecho, en los instrumentos que evalúan perfeccionismo se han identificado subescalas que miden aspectos patológicos y no patológicos. Aún cuando algunos autores han empleado nombres diferentes para referirse a esta dicotomía: patológico vs no patológico, satisfactorio vs no satisfactorio (Bieling, Israeli, Smith & Antony, 2003; Cox, Enns & Clara, 2002; Enns, Cox, Sareen & Freeman, 2001; Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993; Klibert, Langhinrichsen-Rohling & Saito, 2005), en esencia la caracterización que hacen de los tipos de perfeccionismo es similar a la realizada por Antony y Swinson (1998).

El análisis de las diferentes clasificaciones de la conducta perfeccionista evidencia que el establecimiento de estándares personales altos es una característica común en el perfeccionismo saludable y en el perfeccionismo no saludable. La diferencia radica en que las personas con perfeccionismo no saludable, después de lograr sus metas, son incapaces de experimentar satisfacción por su ejecución, realizan autoevaluaciones demasiado rigurosas de su comportamiento y presentan excesivo miedo ante la posibilidad de obtener resultados poco favorables. Esta situación puede generar consecuencias negativas para las personas, y en casos extremos representan un riesgo para el desarrollo de algunas psicopatologías. De hecho, la conducta perfeccionista con estas características ha sido asociada con estados de ánimo negativos como culpa, indecisión, vergüenza (Ferrari, 1995; Hamacheck, 1978; Sorotzkin, 1985) y con una variedad de problemas clínicos como Depresión, Ansiedad, TCA, Alcoholismo y Trastorno Obsesivo-compulsivo de la Personalidad, entre otros (Dunkley, Zuroff & Blankstein, 2003; Enns & Cox, 1999; Frost et al., 1990; Norman, Davies, Nicholson, Cortese & Malla, 1998; Pacht, 1984; Shafran, Cooper & Fairburn, 2002).

## 1.2. Evaluación del Perfeccionismo

La elaboración de escalas para evaluar el perfeccionismo ha seguido un desarrollo similar a la evolución conceptual de dicho constructo. Las primeras escalas fueron consideradas unidimensionales y a partir de la década de los 90's se empezaron a construir escalas multidimensionales que permitieron una evaluación más adecuada de la conducta perfeccionista.

La primera escala que permitió obtener una medida cuantitativa de la conducta perfeccionista fue denominada *Subescala de Perfeccionismo de Burns* (BPS, por sus siglas en inglés). La BPS fue elaborada en 1980 por Burns, quien adaptó 10 reactivos de la *Escala de Actitudes Disfuncionales* (DAS, por sus siglas en inglés; Weissman & Beck, 1978). Al evaluar las propiedades psicométricas de la BPS Hewitt y Dyck (1986) encontraron una confiabilidad test-retest adecuada ( $r = 0.63$ ), así como una consistencia interna aceptable ( $Alpha = 0.70$ ). Las investigaciones en las que se ha evaluado la validez de la BPS han mostrado correlaciones débiles y moderadas con otros instrumentos (Hewitt & Dyck, 1986; Hewitt, Mittelstaedt & Wollert, 1989); además, Broday y Sedlacek (1988) propusieron una versión corta de la BPS conformada por ocho reactivos.

Debido a que se han obtenido resultados modestos al evaluar la confiabilidad y la validez de la BPS, su utilidad como instrumento de evaluación del perfeccionismo ha sido cuestionada; además, se considera que es una escala unidimensional. El principal inconveniente de la BPS es que únicamente evalúa el establecimiento de estándares personales altos. Asimismo, incluye un pequeño número de reactivos, por lo que no es posible realizar una evaluación donde se consideren todos los aspectos relevantes del perfeccionismo, tales como temor a cometer errores, autocrítica excesiva, influencia de la familia y de los valores sociales.

En la década de los 90's se presentó un desarrollo importante en cuanto a la evaluación de la conducta perfeccionista debido a que se construyeron diversos instrumentos fundamentados en una aproximación multidimensional (véase Tabla 1). Las

primeras escalas multidimensionales para la evaluación del perfeccionismo fueron construidas, de manera independiente, por dos grupos de investigadores (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1989, 1990). Dichas escalas han sido traducidas en diferentes idiomas y han recibido apoyo empírico considerable en cuanto a sus propiedades psicométricas. Por ejemplo, la estructura factorial de la *Escala Multidimensional de Perfeccionismo* elaborada por Hewitt y Flett (MPS-H, por sus siglas en inglés; 1989) fue confirmada en población clínica y subclínica de personas con Depresión, Alcoholismo o Ansiedad (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan & Mikail, 1991); además, se han encontrado intercorrelaciones bajas entre las subescalas, lo cual indica que evalúan aspectos diferentes del constructo y que no son formas alternas de una misma dimensión. También se ha demostrado que la MPS-H posee adecuada confiabilidad test-retest ( $r = 0.88$  *perfeccionismo auto-orientado*,  $r = 0.85$  *perfeccionismo orientado hacia otros* y  $r = 0.75$  *perfeccionismo establecido socialmente*) y ha mostrado adecuada validez concurrente con la BPS (Hewitt & Flett, 1991a, 1991b). Las investigaciones en las que se ha empleado la MPS-H señalan que el *perfeccionismo establecido socialmente* permite predecir trastornos psicológicos, mientras que el *perfeccionismo auto-orientado* se asocia con estilos de vida sanos (Antony, Purdon, Huta & Swinson, 1998; Hewitt et al., 1991; Hewitt & Flett, 1993; Klibert et al., 2005).

Respecto a la *Escala Multidimensional de Perfeccionismo* desarrollada por Frost et al. (MPS-F, por sus siglas en inglés; 1990), se ha confirmado su validez concurrente al obtener correlaciones positivas y significativas con la BPS y la subescala Perfeccionismo del *Inventario de Trastornos Alimentarios* (EDI, por sus siglas en inglés; Frost et al., 1990). En estudios posteriores se ha confirmado la estructura de seis factores en muestras de adolescentes (Parker & Adkins, 1995; Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995) aunque también se han encontrado cinco factores (Cheng, Chong & Wong, 1999), mientras que en muestras clínicas se han derivado tres factores (Purdon, Antony & Swinson, 1999) y en muestras de adultos se han identificado cuatro factores (Harvey, Pallant & Harvey, 2004; Stöber, 1998; Stumpf & Parker, 2000). Esta diversidad en la estructura factorial de la MPS puede deberse al tipo de muestra empleada (mujeres,

Tabla 1. Instrumentos diseñados para evaluar la conducta perfeccionista

Instrumento	Características	Estructura Factorial	Alpha de cronbach	
<b>Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-H)</b> Hewitt y Flett (1989, 1990)	45 reactivos Siete opciones de respuesta 1= totalmente en desacuerdo 7= totalmente de acuerdo	Tres subescalas: <i>Perfeccionismo auto-orientado</i> (PA) <i>Perfeccionismo orientado hacia otros</i> (PO) <i>Perfeccionismo establecido socialmente</i> (PE)	Muestra Comunitaria PA = 0.86 PO = 0.82 PE = 0.87	Muestra Clínica PA = 0.89 PO = 0.79 PE = 0.86
<b>Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F)</b> Frost et al. (1990)	35 reactivos Cinco opciones de respuesta 1= totalmente en desacuerdo 5= totalmente de acuerdo	Seis subescalas: <i>Preocupación por los errores</i> (PE) <i>Organización</i> (O) <i>Estándares personales</i> (EP) <i>Indecisión de acción</i> (IA) <i>Expectativas paternas</i> (EPt) <i>Críticas paternas</i> (CP)	PE = 0.88 O = 0.93 EP = 0.83 IA = 0.77 EPt = 0.84 CP = 0.84	
<b>Almost Perfect Scale (APS)</b> Slaney y Johnson (1992) Johnson y Slaney (1996)	32 reactivos: Siete opciones de respuesta: 1 = totalmente en desacuerdo 7 = totalmente de acuerdo	Cuatro subescalas: <i>Estándares y Orden</i> (EO) <i>Relaciones</i> (R) <i>Ansiedad</i> (A) <i>Postergación</i> (P)	EO = 0.85 R = 0.82 A = 0.71 P = 0.80	
<b>Perfectionism Questionnaire (PQ)</b> Terry-Short, Owens, Slade y Dewey (1995)	40 reactivos Cinco opciones de respuesta 1= totalmente en desacuerdo 5= totalmente de acuerdo	Dos subescalas: <i>Perfeccionismo Negativo</i> <i>Perfeccionismo Positivo</i>	No presentan datos de consistencia interna o confiabilidad	
<b>Inventario de Perfeccionismo (IP)</b> Hill et al. (2004)	59 reactivos Cinco opciones de respuesta 1= totalmente en desacuerdo 5= totalmente de acuerdo	Ocho subescalas: <i>Preocupación por los errores</i> (PE) <i>Altos estándares para otros</i> (AEO) <i>Necesidad de aprobación</i> (NA) <i>Organización</i> (O) <i>Presión parental percibida</i> (PP) <i>Planeación excesiva</i> (P) <i>Reflexión</i> (R) <i>Esfuerzos para lograr la excelencia</i> (EE)	PE = 0.86 AEO = 0.83 NA = 0.87 O = 0.91 PP = 0.88 P = 0.86 R = 0.87 EE = 0.85	

hombres, mixta, adultos, clínica) y a que se emplearon diferentes criterios para el análisis factorial de la escala.

Las subescalas *estándares personales* y *organización* de la MPS-F se han asociado con hábitos de trabajo saludables y éxito; mientras que las subescalas *preocupación por los errores*, *indecisión de acción*, *críticas paternas* y *expectativas paternas* se asocian con una gran variedad de trastornos clínicos, por ejemplo, Depresión, Ansiedad, Estrés, Trastorno Obsesivo-compulsivo de la Personalidad y TCA (Blatt, 1995; Enns & Cox, 1999; Frost & Henderson, 1991; Halmi et al., 2000; Lilienfeld et al., 2000).

Debido al impacto y amplio uso que se ha hecho de las escalas multidimensionales, algunos autores han evaluado conjuntamente dichas escalas y han encontrado que sus subescalas pueden agruparse en factores comunes. Frost et al. (1993) evaluaron si existía alguna relación entre la MPS-H y la MPS-F, para ello realizaron un análisis factorial en el que se obtuvieron dos factores principales. El primer factor fue denominado *esfuerzo positivo*, debido a que incluyó reactivos que evalúan la capacidad de adaptación de las personas. En este factor se agruparon preguntas de las subescalas *estándares personales* y *organización* (MPS-F), así como *perfeccionismo establecido socialmente* y *perfeccionismo orientado hacia otros* (MPS-H). El segundo factor fue denominado *preocupación por evaluaciones negativas*, incluyó reactivos que reflejan preocupación por los errores, fracasos y críticas de otras personas. En este factor se agruparon reactivos de las subescalas *preocupación por los errores*, *críticas paternas*, *expectativas de los padres* e *indecisión de acción* (MPS-F), así como *perfeccionismo establecido socialmente* (MPS-H). En general, las subescalas más relacionadas con psicopatología fueron: *preocupación por los errores* y *perfeccionismo establecido socialmente*. Esta estructura de dos factores fue replicada en la investigación realizada por Bieling et al. (2003).

Otro grupo de investigadores desarrolló versiones abreviadas de las escalas multidimensionales: la MPS-H quedó conformada por 15 reactivos y la MPS-F por 22

reactivos. Posteriormente realizaron un análisis factorial confirmatorio de segundo orden e identificaron dos factores generales, que en esencia replicaron la estructura factorial obtenida por Frost et al. (1993). El primer factor, denominado *perfeccionismo no saludable*, agrupó los reactivos de las subescalas *preocupación por los errores*, *indecisión de acción* y *críticas paternas* de la MPS-F y *perfeccionismo establecido socialmente* de la MPS-H. El segundo factor fue nombrado *perfeccionismo saludable*, el cual incluyó los reactivos de las subescalas *estándares personales* y *organización* de la MPS-F y *perfeccionismo auto-orientado* de la MPS-H (Cox et al., 2002).

La *Escala de Perfeccionismo* (APS, por sus siglas en inglés; Slaney & Johnson, 1992; Johnson & Slaney, 1996) también ha sido objeto de revisiones. Un análisis cuidadoso de los reactivos de esta escala mostró que no medía adecuadamente los aspectos negativos del perfeccionismo, por tal motivo Slaney, Rice, Mobley, Trippi y Ashby (2001) decidieron construir una versión revisada (APS-R) constituida por 23 reactivos que evalúan tres aspectos: orden (4 reactivos), estándares altos (7 reactivos) y discrepancia (12 reactivos). La consistencia interna de las subescalas, evaluada mediante el coeficiente *Alpha de Cronbach*, fue adecuada: discrepancia (0.92), orden (0.86) y estándares altos (0.85).

Empleando la APS-R y la MPS-F, los investigadores Ashby, Kottman y Shoen (1998) llevaron a cabo un análisis factorial e identificaron dos factores generales: *perfeccionismo saludable* y *perfeccionismo no saludable*. El primer factor hace alusión a características positivas de la conducta perfeccionista, incluye subescalas que evalúan *estándares personales*, *orden* y *organización*. Mientras que el factor denominado *perfeccionismo no saludable* hace referencia a aspectos negativos de la conducta perfeccionista, las subescalas que lo conforman permiten evaluar *la preocupación por los errores*, *indecisión*, *críticas paternas* y *expectativas paternas*.

Considerando que las escalas multidimensionales evaluaban aspectos similares y que algunos reactivos eran redundantes, Hill et al. (2004) decidieron elaborar una medida que incluyera los aspectos esenciales de la conducta perfeccionista. Desarrollaron el

*Inventario de Perfeccionismo (IP)*, para ello retomaron algunos factores de las escalas multidimensionales (*preocupación por los errores, altos estándares para otros, organización, presión paterna percibida*) y elaboraron preguntas para evaluar otros aspectos que consideraron importantes, tales como *planeación excesiva, reflexión y esfuerzos para lograr la excelencia*. Así el IP quedó conformado por ocho subescalas. Empleando el modelamiento por ecuaciones estructurales los autores identificaron una estructura de dos factores generales: 1) *Perfeccionismo consciente*, incluyó los reactivos de las subescalas que evalúan *organización, esforzarse por la excelencia, planeación excesiva y estándares altos*, y 2) *Perfeccionismo autoevaluativo*, agrupó los reactivos de las subescalas *preocupación por los errores, necesidad de aprobación y reflexión*. Cabe señalar que la subescala *presión paterna percibida* no se agrupó en alguno de estos factores. En general, el IP mostró ser un inventario adecuado para evaluar el perfeccionismo. Sin embargo, hasta el momento no se han realizado estudios que comprueben su efectividad, principalmente respecto a las escalas multidimensionales.

En el campo específico de los TCA existen dos instrumentos que incluyen subescalas que evalúan el perfeccionismo y un cuestionario diseñado especialmente para evaluar esta conducta (véase Tabla 2). El *Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)*, por sus siglas en inglés), instrumento empleado con mayor frecuencia para la evaluación de las características cognitivas y conductuales asociadas a los TCA, incluye una subescala denominada perfeccionismo. En general, las propiedades psicométricas del EDI han sido confirmadas en diferentes países, excepto en el caso de la subescala que evalúa perfeccionismo. En algunos estudios se ha encontrado que los reactivos se agrupan en dos subescalas (Joiner & Schmidt, 1995; Sherry, Hewitt, Besser, McGee & Flett, 2004), en otros estudios sólo tres reactivos resultan útiles y la consistencia interna de la subescala ha sido inadecuada, particularmente en el caso de población mexicana (Alvarez, 2006; Mancilla et al., 2003; Sánchez, 2005). Además, existe consenso en considerar que esta subescala evalúa la conducta perfeccionista desde una perspectiva unidimensional y se ha cuestionado si el número de reactivos es

suficiente para evaluar adecuadamente dicha conducta perfeccionista (Enns & Cox, 2002; Flett & Hewitt, 2002).

Tabla 2. Instrumentos diseñados para evaluar perfeccionismo en los trastornos del comportamiento alimentario.

<b>Instrumento</b>	<b>Características</b>	<b>Consistencia interna Alpha de cronbach</b>
<i>Inventario de Trastornos Alimentarios</i> Garner et al. (1983)	Incluye una subescala que evalúa perfeccionismo  Seis reactivos Seis opciones de respuesta	Anorexia Nerviosa = 0.82 Grupo control = 0.73
<i>Escala de Condiciones para el Desarrollo de Anorexia Nerviosa</i> Slade, Phil y Dewey (1986)	Incluye una subescala que evalúa perfeccionismo  Ocho reactivos Cinco opciones de respuesta	0.66
<i>Cuestionario de Perfeccionismo Neurótico</i> Mitzman, Slade y Dewey (1994)	Escala con 42 reactivos  Cinco opciones de respuesta	0.95

La *Escala de Condiciones para el Desarrollo de Anorexia Nerviosa* (SCANS, por sus siglas en inglés) fue desarrollada con el objetivo de evaluar los aspectos implicados en el desarrollo de los TCA, entre ellos la conducta perfeccionista. Slade, Phil y Dewey (1986), autores de esta escala, encontraron una consistencia interna aceptable para la subescala de perfeccionismo ( $\alpha = 0.66$ ). Estudios posteriores han aportado evidencia en cuanto a la validez de dicha subescala, debido a que diferenció entre personas con actitudes alimentarias no saludables y personas con actitudes alimentarias saludables (Kiemle, Slade & Dewey, 1987) y entre personas con y sin TCA (Slade, Dewey, Kiemle & Newton, 1990).

El *Cuestionario de Perfeccionismo Neurótico* (NPQ, por sus siglas en inglés) fue desarrollado con el propósito de evaluar los aspectos patológicos de la conducta perfeccionista relacionados con los TCA (Mitzman, Slade & Dewey, 1994). La consistencia interna del NPQ fue adecuada ( $\alpha = 0.66$ ), además, permitió diferenciar

entre personas con y sin TCA. De acuerdo con la búsqueda bibliográfica realizada en la presente investigación, no se encontraron otros estudios respecto a las propiedades psicométricas del NPQ.

La utilidad de las tres medidas diseñadas para evaluar la conducta perfeccionista en personas con TCA ha sido cuestionada, en el caso de EDI y la SCANS se considera que los reactivos evalúan sólo un componente de la conducta perfeccionista. También se ha cuestionado que las propiedades psicométricas de la SCANS y el NPQ no han sido estudiadas ampliamente y se considera que ambos instrumentos se han empleado con poca frecuencia dentro del área de los TCA, hecho que puede deberse a que en los últimos años las escalas multidimensionales han sido empleadas exitosamente.

En conclusión, puede decirse que la mayoría de los instrumentos diseñados para evaluar el perfeccionismo han demostrado que reúnen propiedades psicométricas adecuadas, lo cual indica que pueden utilizarse como medidas confiables y validas. Sin duda, las escalas multidimensionales han mostrado ser más eficaces en la evaluación de la conducta perfeccionista, lo cual ha permitido un avance importante en el estudio de la conducta perfeccionista y su relación con diversas psicopatologías.

## **2. Trastornos del Comportamiento Alimentario**

### **2.1 Influencias socioculturales**

A lo largo de la historia la cultura ha influido en la valoración subjetiva y social del cuerpo mediante el establecimiento de criterios de valoración concernientes a la estética corporal (Toro, 1996). Particularmente, el cuerpo femenino ha estado bajo la influencia de la valoración que de él se ha hecho en diferentes culturas. Se han establecido estándares de belleza que han dado origen a cambios corporales que en la mayoría de los casos han tenido como finalidad aumentar el atractivo sexual y social de la mujer (Toro, 2001; Toro & Vilardell, 1987). En una visión retrospectiva se ha identificado que la figura corporal femenina ha cambiado sus dimensiones visiblemente, basta recordar la época del Renacimiento en la que los cuerpos redondeados y voluminosos pintados por Rubens fueron valorados de manera positiva, considerados símbolos de riqueza y características físicas integradas a los patrones de belleza femenina. Este ideal estético fue el que prevaleció hasta principios del siglo XX, momento que representa el parteaguas en la evolución de las medidas corporales femeninas, el cuerpo ideal nunca había sido tan delgado.

Alrededor de 1920 se empezó a esbozar lo que hoy en día se conoce como la cultura de la delgadez. Se estableció en algunos círculos femeninos de la alta burguesía británica, posteriormente en la burguesía francesa y americana hasta extenderse por diversos países y culturas en donde el cuerpo empezó a ser objeto de un nuevo culto y el imperativo categórico fue “guardar la línea” (Guillemot & Laxenaire, 1994; Toro, 2001).

La difusión y consiguiente interiorización colectiva de la cultura de la delgadez se vio beneficiada por el desarrollo de los medios de comunicación, los cuales se han encargado de difundir modas, valores y conductas. La radio, televisión, cinema, videos musicales, revistas ilustradas y anuncios espectaculares se han encargado de transmitir el ideal de belleza de manera gradual; y durante las últimas décadas el Internet se ha

convertido en el medio ideal para promover la delgadez de manera más homogénea que en ningún otro momento, nunca un mismo mensaje había llegado tan rápido a un gran número de personas (Toro, 2004; Polivy & Herman, 2002). En el año 2003 Chesley, Alberts, Klein y Kreipe realizaron una investigación para identificar el número de sitios de internet destinados a difundir y hacer proselitismo en favor de un cuerpo delgado; localizaron 500 páginas web y concluyeron que dichas páginas estaban mejor elaboradas y representaban una cantidad superior, en comparación con las páginas que las instituciones y el personal de salud diseñan con la finalidad de alertar contra los riesgos de la obsesión por la delgadez.

Los conocimientos médicos acerca del cuerpo también han apuntalado el ideal de delgadez y se han puesto al servicio del control de la silueta corporal. El personal de salud ha difundido progresivamente razones médico-sanitarias en favor de la delgadez, produciéndose una estigmatización y fobia a la obesidad e incluso al sobrepeso. Actualmente, las personas obesas son consideradas carentes de autodisciplina, perezosas, poco atractivas, poco inteligentes, sin disposición para trabajar y poco exitosas; opinión que es compartida por el personal de salud y los encargados de la contratación en prestigiasdas empresas (Ogden, 2003; Toro, 1996).

Bajo la premisa “la obesidad es perjudicial para la salud” el personal que trabaja en el área de la salud también ha validado la práctica de dietas restrictivas como una actividad saludable. Así, llevar a cabo este tipo de dietas se ha convertido en una acción generalizada y popular (Vera, 1998). Diversos estudios han encontrado que una cantidad importante de personas se ha sometido a dietas restrictivas como método de control de peso, aún cuando tienen un peso normal (French & Jeffery, 1994; Granillo, Jones-Rodríguez, Carvajal, 2005; Menéndez, 2003).

La familia como unidad transmisora de valores, actitudes y comportamientos también ha desempeñado un papel importante en la promoción del estereotipo de delgadez (Sherman & Thompson, 1999). Se ha comprobado que los padres contribuyen en la formación de las actitudes y los valores relacionados con la estética corporal y en

situaciones extremas pueden tener un efecto negativo en la valoración que los adolescentes hacen de su cuerpo (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004; McCabe & Ricciardelli, 2003b; Strong & Huon, 1998). La familia transmite mensajes de manera directa e indirecta a sus integrantes; dichos mensajes pueden ser comunicados de diferentes formas: conversaciones, relaciones interpersonales, burlas y modelamiento (Vincent & McCabe, 2000).

Se ha documentado que las desaprobaciones y críticas familiares relacionadas con el peso corporal, influyen sustancialmente para que las adolescentes decidan bajar de peso (Hill & Franklin, 1998; Levine, Smolak, Moodey, Shuman & Hessen, 1994; Schwartz, Phares, Tanleff-Dunn & Thompson, 1999; Smolak, Levine & Schermer, 1999), de hecho, algunos autores han encontrado que historias de burlas por parte de los familiares respecto al peso corporal, predicen la insatisfacción corporal (Cattarin & Thompson, 1994; Levine, Smolak & Hayden, 1994; Schwartz et al., 1999) y el inicio de dietas restrictivas (Crowther, Kichler, Sherwood & Kuhnert, 2002; Jackson, Grilo & Masheb, 2002; Vanfurth et al., 1996). Asimismo, se ha encontrado que algunos padres animan a sus hijos para que bajen de peso y se encargan de controlar su alimentación (Moreno & Thelen, 1993; Wade & Lowes, 2002).

Los padres también suelen modelar conductas tales como el seguimiento de dietas restrictivas, consumo y/o empleo de productos para reducir el peso corporal y realización de ejercicio en exceso. De esta manera, ejercen una influencia importante en la conducta de sus hijos respecto a su peso y alimentación (Benedikt, Wertheim & Love, 1998; Raich, 1998; Vandereycken, Castro & Vanderlinden, 1995; Vázquez & Raich, 1998; Vincent & McCabe, 2000).

En forma paralela a la difusión del modelo estético corporal las funciones sociales de la mujer empezaron a cambiar debido a que fue incursionando en áreas tradicionalmente masculinas. El trabajo fuera de casa se convirtió en una aspiración compartida por la mayoría de las mujeres. Su progresiva integración al mundo laboral,

político y social, es un hecho que ha contribuido en el cambio de la concepción social de la mujer y el concepto que tienen de sí mismas (Toro, 1996).

Hoy en día las mujeres buscan compaginar su vida laboral con las obligaciones domésticas. La necesidad de triunfar laboralmente, se ha sumado a la de hacerlo personal y estéticamente. Estos cambios han contribuido a dibujar un tipo de mujer ideal difícilmente asequible sin consecuencias negativas. Se trata de lo que se ha denominado complejo de supermujer, arquetipo que se encarna en una mujer competente, ejecutiva y ambiciosa, al mismo tiempo que conserva su papel de madre y su atractivo sexual y físico, lo cual supone que debe ser delgada (Guillemot & Laxenaire, 1994; Raich, 1994). El cuerpo femenino se ha convertido en el elemento básico de atractivo interpersonal, de valoración social y de aceptación en el ámbito laboral de la mujer. Al mismo tiempo, el estereotipo de supermujer se ha constituido en el objetivo a perseguir por la mayoría de las mujeres, sin considerar que los distintos roles se confunden, superponen e interfieren, por lo tanto es imposible compaginarlos.

La presión social en pro de un modelo corporal delgado ha ocasionado que una proporción importante de la población se sienta insatisfecha con su figura corporal (Gómez-Peresmitre, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001; Walsh & Devlin, 1998). Esta influencia también ha permeado a la población infantil, las niñas desde edades tempranas manifiestan el deseo de tener una figura delgada y están insatisfechas con la forma y el tamaño de su cuerpo (Acosta & Gómez-Peresmitre, 2003; Gómez-Peresmitre, 1999; Kelly, Ricciardelli & Clarke, 1999; Ricciardelli & McCabe, 2001; Schur, Sanders & Steiner, 2000).

En la búsqueda obsesiva de la delgadez algunas personas se comprometen en prácticas poco saludables, por ejemplo, empleo de diversos métodos para lograr la reducción o control del peso (ejercicio en exceso, uso de laxantes o diuréticos, etc.) y desarrollo de patrones anómalos de conducta alimentaria (restricción alimentaria, ayuno, etc.). En esta situación la salud de las personas puede estar en riesgo debido a que se sitúan en la antesala de lo que conocemos como Trastornos del

Comportamiento Alimentario (TCA), como son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos Alimentarios no Especificados (TANES). Los TCA son procesos psicopatológicos en los que se presentan graves alteraciones en las actitudes y comportamientos relacionados con la ingestión de alimentos; la base y fundamento de estos trastornos es una alteración psicológica caracterizada por una preocupación excesiva por el peso y la figura corporal (Mancilla et al., 2006).

Los TCA suelen presentarse con mayor frecuencia en mujeres entre 12 y 25 años de edad, de todos los estratos sociales y que vivan en países económicamente desarrollados u occidentalizados (Pelaez, Labrador & Raich, 2006). No obstante, en las últimas décadas algunos investigadores han reportado presencia de TCA en países en vías de desarrollo (Aguirre, López, Béhar, Cordella, Urrutia, 2006; Mancilla-Díaz et al., en prensa; Rodríguez & Gempeler, 2006; Vázquez et al, 2005) y en países orientales (Nakamura et al., 1999; Nakamura, et al., 2000).

En las investigaciones epidemiológicas realizadas con diseños de dos etapas (detección por medio de instrumentos de tamizaje y entrevista de diagnóstico) se ha encontrado que la prevalencia de AN oscila entre 0.1% y 0.9% (Gual et al., 2002; Morandé, Celada & Casas, 1999; Nobakht & Dezhkam, 2000; Pelaez et al., 2006; Pérez-Gaspar, et al., 2000; Rojo et al., 2003), en el caso de los síndromes parciales relacionados con la AN se observa un incremento hasta 1.8% (Nobakht & Dezhkam, 2000). Respecto a la BN, se ha encontrado una mayor prevalencia en comparación con la AN con un rango entre 0.1%–2.2% y hasta un 5.4% para los síndromes parciales (Morandé et al., 1999; Pelaez et al., 2006; Pérez-Gaspar et al., 2000; Rojo et al., 2003; Ruiz-Lázaro et al., 1998; Whitehouse, Cooper, Vize, Hill & Vogel, 1992). Las cifras indican que en cuanto a género existe una relación de 1:10 presentándose mayor prevalencia entre las mujeres (Andersen, 1996; Carlat & Camargo, 1991; Götesman, Eriksen & Hagen, 1995; Klein & Walsh, 2004).

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica publicada en el año 2003 reveló una prevalencia de 0.5% para BN (Medina-Mora et al.,

2003). En un estudio de dos etapas realizado por Mancilla-Díaz et al. (en prensa) se encontró que la prevalencia de BN en estudiantes universitarias había aumentado entre el año de 1995 (0.1%) y el año 2002 (0.2%); en el caso de los síndromes parciales también se encontró que la prevalencia aumentó de 0.35% en el año 1995 a 0.91% en el año 2002. Cabe señalar que en los dos estudios descritos no se identificaron casos de AN. La diferencia entre los índices encontrados en el estudio de Medina-Mora et al. (2003) y el estudio de Mancilla-Díaz et al (en prensa) puede deberse a que en el primer estudio se trabajó con la población urbana nacional con un rango de edad de 18 a 65 años, mientras que en el segundo estudio sólo participaron estudiantes universitarias con una edad promedio de 19.24 años (DE = 2.35).

## **2.2. Anorexia Nerviosa**

La AN es un trastorno en el que la persona presenta miedo intenso a ganar peso, temor extremo ante la posibilidad de llegar a ser obesa y rechazo contundente a mantener el peso corporal normal para su edad y talla. La pérdida de peso se consigue por ayunos o por una disminución progresiva en la ingestión de comida, principalmente de aquellos alimentos que potencialmente contengan calorías, carbohidratos y grasas. Esta modificación en cuanto al tipo de alimentos que consumen las personas es frecuente que se encubra con un cambio en el estilo de alimentación, por ejemplo la vegetariana. También es común que se presenten alteraciones en la manera de manejar los alimentos, tales como comer lentamente, cortar en trozos pequeños los alimentos y esparcirlos por todo el plato para disimular la comida que se deja. En algunos casos la pérdida de peso puede acompañarse de la presencia de conductas compensatorias tales como: ejercicio en exceso, vómito autoinducido y/o uso de laxantes o diuréticos (García-Camba, 2001). Las personas con AN suelen realizar actividad física exagerada, en la que se incluyen una planeación excesiva de deportes, caminatas extenuantes y otras actividades físicas con el aparente objetivo de lograr un mejor metabolismo.

Los criterios para el diagnóstico de AN propuestos en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se presentan en el Cuadro 1.

- A) Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso inferior al 85% del peso esperable).
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).
- Tipos de anorexia nerviosa:*
- Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a “atracones” o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a “atracones” o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa (APA, 2000).

Los estudios clínicos coinciden en destacar que las pacientes con AN se caracterizan por ser obsesivas, rígidas, meticulosas, dependientes, inhibidas socialmente, perfeccionistas y presentan un patrón de pensamiento rígido (Bravo, Pérez & Plana, 2000; Pla & Toro, 1999; Polivy & Herman, 2002; Troop, Schmidt & Treasure, 1995). Destaca también el sentido de ineficacia y la baja autoestima, lo cual está en estrecha relación con el miedo a perder el control. Las personas con AN están convencidas de que los demás esperan resultados excelentes de ellas, en consecuencia, sus expectativas personales son muy altas y se adhieren a valores centrados en el trabajo, el autocontrol y la responsabilidad. Valores que aplican en

diferentes ámbitos como el aprovechamiento escolar, los deportes, su interacción social y en su alimentación (Buendía & Rodríguez, 1996; Feinholz, 1997a; 1997b; García-Camba, 2001; Rausch & Bay, 1990; Taylor & Anthony, 1993).

### **2.3. Bulimia Nerviosa**

El cuadro clínico que presentan las personas con BN difiere del observado en las pacientes con AN. La diferencia más notable radica en que a las personas con BN les resulta difícil controlar su alimentación, es decir, no pueden evitar el atracón –consumir grandes cantidades de alimentos experimentando una sensación de pérdida de control– y posteriormente llevan a cabo conductas compensatorias con la finalidad de impedir la ganancia de peso (Fairburn & Harrison, 2003). Inicialmente los atracones son consecuencia de la dieta restrictiva a la que se someten, sin embargo, después se generalizan como un recurso para intentar aliviar el malestar emocional causado por situaciones de estrés, temor, coraje, angustia o cualquier otro sentimiento o situación que la persona no es capaz de tolerar (Feinholz, 1997a; Klein & Walsh, 2004; Turón, 1997).

Algunas características de personalidad de las pacientes con BN son: escaso control de los impulsos, elevada sensibilidad interpersonal, excesiva necesidad de aprobación, falta de tolerancia ante la frustración y estado de ánimo fluctuante entre la ansiedad y la depresión (Díaz-Marsa, Carrasco & Saiz, 2000; Pryor & Wiederman, 1996; Stein et al., 2002). Además, tienen expectativas poco realistas (e. g. prometen lograr el control total de su alimentación) y esperan realizar de manera perfecta todo lo que se proponen; sin embargo, les resulta difícil lograr sus metas y frecuentemente no cumplen sus promesas, situación que genera cierto grado de frustración y ansiedad (Fairburn, 1998; Feinholz, 1997a; Rausch & Bay, 1990; Sherman & Thompson, 1999).

Los criterios diagnósticos para la BN de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000) se presentan en el Cuadro 2.

<p>A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>1.- Ingestión de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingestión de alimentos (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p> <p>B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio en exceso.</p> <p>C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.</p> <p>D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p><i>Tipos de bulimia nerviosa</i></p> <p><b>Tipo purgativo:</b> durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p><b>Tipo no purgativo:</b> durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>
---

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa (APA, 2000).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) también incluye la categoría denominada Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TANE), que algunos autores refieren como síndromes parciales. Los TANE incluyen aquellos casos que no cumplen con los criterios para algún TCA específico, por ejemplo:

- La persona cumple con todos los criterios diagnósticos para AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para BN, pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces a la semana o durante menos de tres meses.

Se ha calculado que aproximadamente la mitad de las personas con TCA pueden ser diagnosticadas con TANE y existe evidencia de que entre el 14% y el 46% de las personas que presentan un TANE con el paso del tiempo son diagnosticadas con un trastorno específico (Herzog, Hopkins & Burns, 1993; Shisslak, Crago & Estes, 1995).

#### **2.4. Trastornos del comportamiento alimentario en hombres**

La presencia de psicopatologías alimentarias en población masculina ha llamado la atención de los especialistas en los últimos años. De acuerdo con Andersen (1996) por mucho tiempo la presencia de TCA en varones ha estado infradiagnosticada por las razones siguientes: 1) Los criterios diagnósticos para la AN presentan un sesgo hacia rasgos “femeninos”, al requerir tres meses de amenorrea para las mujeres y sin especificar un criterio análogo para los varones, 2) El acto de comer es valorado socialmente de manera diferente para hombres y mujeres. En el caso de los hombres, comer en exceso es un acto asociado a su masculinidad y fuerza, por lo tanto, es un patrón cultural normativo. En el caso de las mujeres es un acto considerado impropio que muestra descontrol y poca feminidad, y 3) La creencia de que los TCA se presentan exclusivamente en mujeres ha ocasionado que el personal de salud no detecte o diagnostique oportunamente casos de TCA en varones.

En las últimas décadas se han realizado investigaciones en las que se han hecho comparaciones entre géneros en cuanto a la sintomatología y características asociadas a los TCA. Los resultados han mostrado que los hombres y mujeres con TCA presentan altos niveles de perfeccionismo, motivación para adelgazar y escasa identificación interoceptiva (Furnham & Calnan, 1998; Keel, Klump, Leon & Fulkerson, 1998; Olivardia, Pope, Mangweth & Hudson, 1995) llevan a cabo restricción alimentaria y emplean conductas compensatorias (Croll, Neumark-Sztainer, Story & Ireland, 2002; Keel et al., 1998; Ross & Ivis, 1999).

Asimismo, se ha encontrado que algunos factores de riesgo asociados a los TCA en mujeres, también parecen estar presentes entre varones, como son: insatisfacción corporal (Casullo, González & Sifre, 2000; McCabe & Ricciardelli, 2003a; Ricciardelli &

McCabe, 2004; Vázquez et al., 2005) y restricción alimentaria (Sánchez-Carracedo, 1994). Estos aspectos coinciden en su relevancia tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, al hacer un análisis detallado se han encontrado cualidades distintas. En general, los hombres se encuentran más satisfechos con su cuerpo y son más conscientes de sus dimensiones corporales, por lo tanto el grado de distorsión corporal que presentan es menor que en el caso de las mujeres (Drewnowski & Yee, 1987; Kaplan, Busner & Pollack, 1988; Schiltz, 2001). La mayoría de las mujeres desean bajar de peso, mientras que en los hombres la insatisfacción también puede deberse a que desean ganar peso, particularmente masa muscular (Middleman, Vazquez & DuRant, 1998; Ricciardelli & McCabe, 2004). Recientes investigaciones han mostrado que un número importante de jóvenes manifiestan que desean aumentar sus dimensiones corporales, particularmente el tamaño de sus músculos (Furnham & Calnan, 1998; Mangweth et al., 2004; Tylka & Subich, 2002).

También se han observado diferencias entre géneros en cuanto a la edad de inicio de los TCA. Se ha encontrado que los hombres desarrollan los TCA a edades más tardías que las mujeres (Bramon-Bosch, Troop & Treasure, 2000; Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins & Keast, 2000). Además, es poco frecuente que los varones reporten comer en exceso y cuando lo hacen consideran que no fue un atracón (Franco, Tamburrino, Carroll & Bernal, 1988).

En las últimas cuatro décadas el cuerpo ideal de los varones se ha ajustado a un modelo de máximo desarrollo corporal con un importante volumen de musculatura. Este modelo exige el desarrollo de una estructura muscular en forma *V*, caracterizada por una cintura estrecha, abdomen, hombros y brazos bien desarrollados. La búsqueda obsesiva de un cuerpo en forma *V* inicialmente fue denominada *Anorexia Nerviosa Inversa* (Pope, Katz & Hudson, 1993) y años más tarde *Dismorfia Muscular* (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997). No obstante, hasta el momento no ha sido reconocido como un trastorno psiquiátrico en el *DSM*. Los hombres que presentan Dismorfia Muscular están inconformes con el tamaño de sus músculos debido a que consideran que no están lo suficientemente desarrollados. Lograr un desarrollo muscular prominente sólo puede

conseguirse a largo plazo y respetando ciertos límites, aunque también puede acelerarse mediante prácticas poco eficaces y de riesgo para su salud. Someterse a jornadas extenuantes de ejercicio físico vigoroso y emplear sustancias sintéticas, conocidas como anabólicos esteroides, es una práctica común entre los jóvenes que desean incrementar su masa muscular en un corto periodo de tiempo (Andersen & Di Domenico, 1992; Hurst, Hale, Smith & Collins, 2000; Olivardia, Pope, Borowiecki & Cohane, 2004; Pope, Phillips & Olivardia, 2000).

### **3. Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario**

En las primeras descripciones clínicas de los TCA el perfeccionismo fue considerado una característica de estas psicopatologías, aunque se relacionó principalmente con la AN (Bruch, 1973; Casper, 1983). Algunos autores han propuesto que personalidades obsesivas y perfeccionistas, al entrar en contacto con el modelo corporal de delgadez, presentan mayor vulnerabilidad para desarrollar estos trastornos (Davis, 1997; Davis, Claridge & Fox, 2000; Pryor & Wiederman, 1996; Shafran & Mansell, 2001; Vitousek & Manke, 1994). La importancia atribuida al perfeccionismo ha sido reflejada en algunos escritos (Fairburn, Cooper et al., 1999; Fairburn, Shafran et al., 1999; Lilenfeld et al., 1998; Lilenfeld et al., 2000) y modelos teóricos acerca de la etiología de los TCA (Cervera, 1996; Raich, 1994; Saldaña & Tomás, 1998), de hecho en algunos es considerado como un factor individual que contribuye al desarrollo de dichos trastornos (Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002; Slade, 1996).

El modelo funcional para la AN desarrollado por Slade (1996) está basado en formulaciones clínicas de pacientes con TCA y en datos obtenidos en investigaciones empíricas. En éste se propone que son necesarias dos variables para el desarrollo de la AN: insatisfacción general y tendencias perfeccionistas (véase Figura 1). La combinación de estas dos variables provoca que las personas experimenten una necesidad de control general sobre algunos aspectos de su vida, entre ellos el control corporal. Cuando la persona intenta perder peso a través de la restricción alimentaria y logra resultados favorables, aunque sea por periodos cortos de tiempo, descubre que

es un aspecto sobre el que puede tener un control total. Obtener resultados exitosos al llevar a cabo la restricción alimentaria genera dos consecuencias.

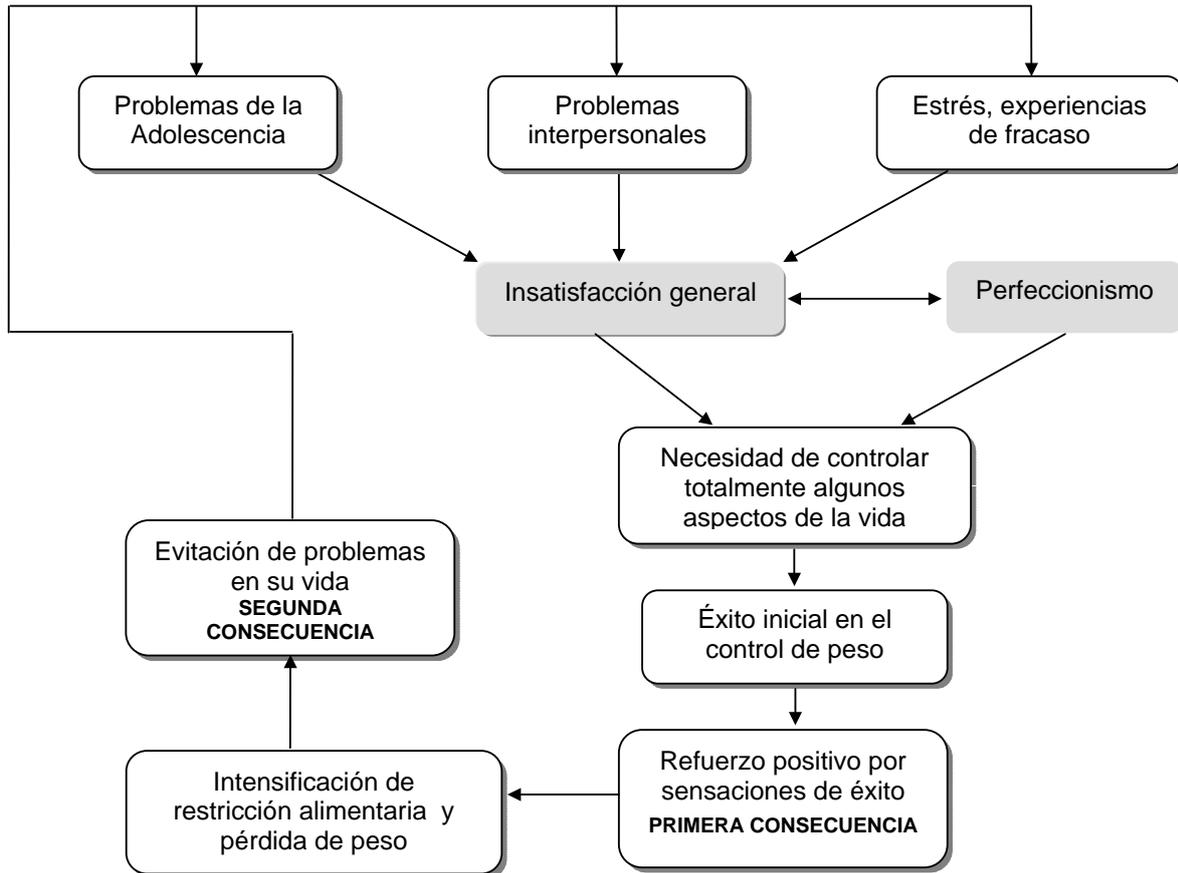


Figura 1. Modelo funcional simplificado para la Anorexia Nerviosa (Slade, 1996).

*Primera consecuencia;* la persona obtiene inmediatamente un refuerzo positivo, debido a que experimenta sentimientos de éxito, satisfacción y control; los cuales se contraponen a la insatisfacción corporal y a la ausencia de control, presentes previamente. Cuando la persona logra controlar su peso corporal a través de la restricción alimentaria, centra todas sus energías en esta actividad y realiza dietas cada vez más restrictivas, situación que la pone en riesgo de desarrollar AN. En algunos casos, después de un periodo de resultados exitosos, la persona no es capaz de mantener la disciplina requerida para realizar una dieta restrictiva. Por lo tanto, es

probable que decida emplear otros métodos para controlar su peso (purgas, ejercicio en exceso, uso de laxantes y/o diuréticos), situación que la ponen en riesgo de presentar BN.

*Segunda consecuencia;* debido a que la persona se centra en preocupaciones relacionadas con la comida, el peso y la alimentación, empieza a descuidar sus relaciones sociales hasta el punto de alejarse de las personas con quienes convive cotidianamente. Esta situación funciona como reforzador negativo debido a que la persona puede “escapar/evitar” de los problemas relacionados con su vida. Los principales problemas que la persona desea evitar comúnmente son: conflictos propios de la adolescencia, problemas interpersonales, particularmente con el sexo opuesto, así como estrés y experiencias de fracaso. Esta combinación de problemas, por supuesto, aumenta los sentimientos de insatisfacción general y entra en un círculo del que resulta difícil escapar.

Considerando que el perfeccionismo es uno de los constructos centrales en su modelo funcional para la AN, Slade (1996) realizó un análisis más preciso de esta característica. Propuso que el reforzamiento positivo y negativo también están vinculados a dos formas de perfeccionismo y elaboró una teoría dual del perfeccionismo, la cual esquematizó en un modelo (véase Figura 2), el cual sugiere que una persona propensa a desarrollar un TCA hereda una “sensibilidad emocional general”, modelada por diferentes factores ambientales (sociedad, familia y amigos), que pueden producir rasgos de perfeccionismo positivo o negativo de intensidad variable. Una persona presenta perfeccionismo positivo cuando el control de su peso y alimentación se fundamenta en la necesidad de ser delgada y obtener éxito; mientras que una persona presenta perfeccionismo negativo cuando el control de su peso y alimentación está basado en la evitación del fracaso, la imperfección y la obesidad.

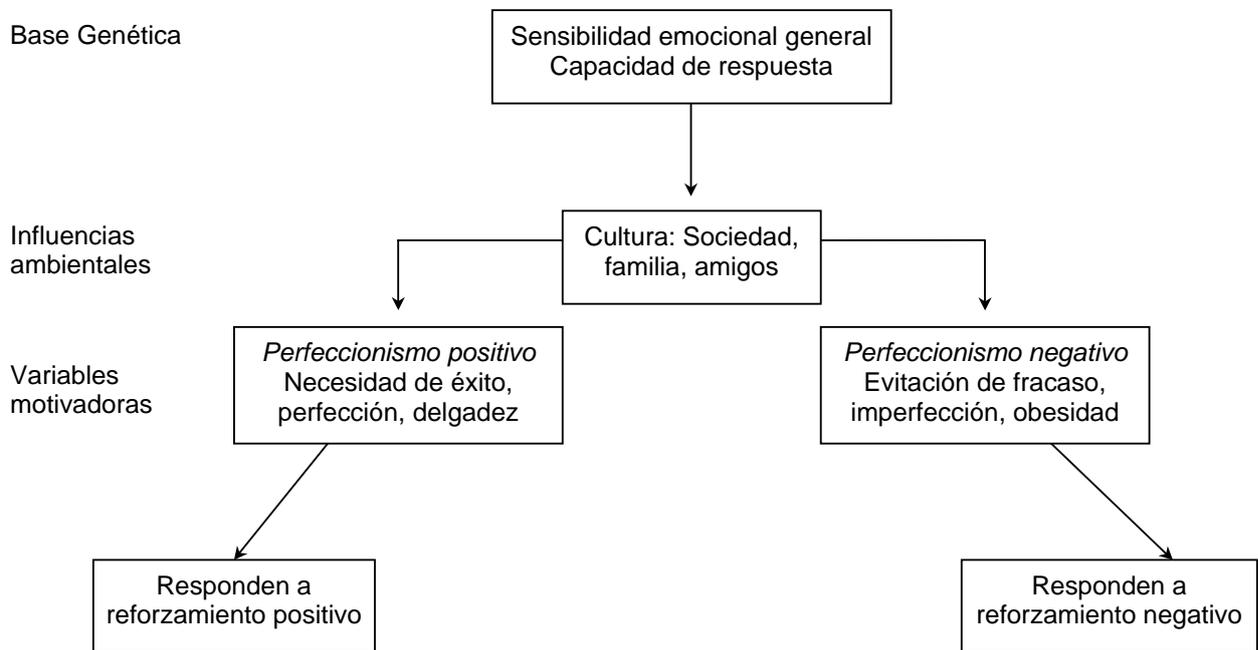


Figura 2. Modelo del perfeccionismo en los trastornos del comportamiento alimentario (Slade, 1996).

El planteamiento general de los modelos propuestos por Slade (1996), respecto a la relación entre perfeccionismo y AN, fue considerado por Goldner et al. (2002) quienes desarrollaron un modelo explicativo de los TCA, incluyendo AN y BN. En dicho modelo se analizan los factores que contribuyen al desarrollo de la conducta perfeccionista y el papel de ésta en la génesis de los TCA (véase Figura 3). Se plantea que la conducta perfeccionista puede ser resultado de la influencia de factores genéticos y ambientales. Existen investigaciones en las que se ha propuesto que algunas personas pueden ser genéticamente propensas a ser perfeccionistas y si adicionalmente concurren ciertos factores ambientales el riesgo puede intensificarse. Entre las influencias ambientales que promueven el desarrollo de la conducta perfeccionista se encuentra la convivencia con familiares o amigos perfeccionistas

(perfeccionismo orientado hacia otros), las críticas de los padres y los eventos estresantes.

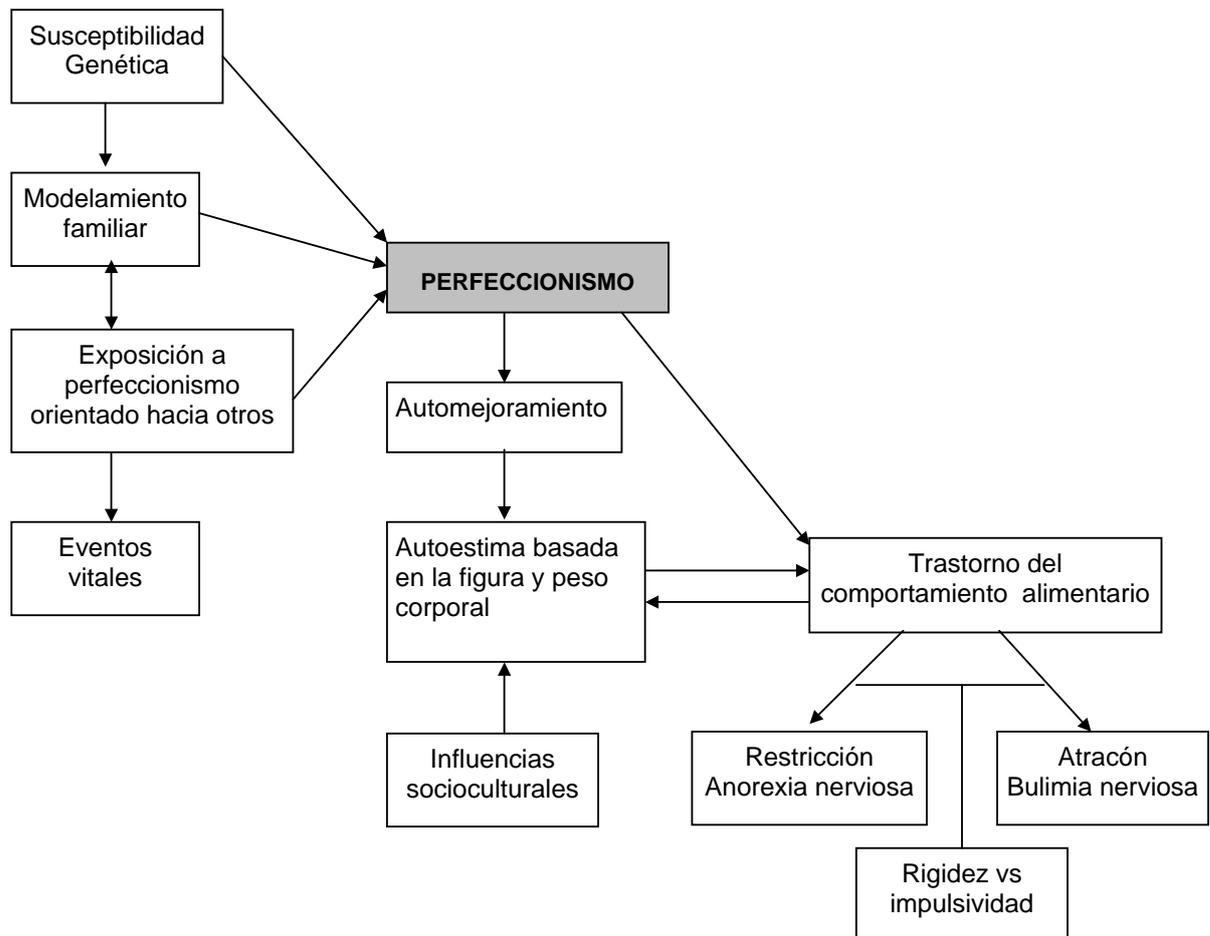


Figura 3. Modelo de la relación entre el desarrollo del perfeccionismo y los trastornos del comportamiento alimentario, Goldner et al. (2002).

Respecto a los factores que contribuyen al desarrollo de los TCA, se enfatiza la interacción entre las variables perfeccionismo y autoestima basada en la figura y peso corporal. El planteamiento general en el que se fundamenta este modelo es el siguiente: cuando la autoestima de una persona perfeccionista está basada exclusivamente en la figura y peso corporal existe un alto riesgo de desarrollar un TCA. Sin duda, la percepción acerca de la figura y peso corporal se ve influida principalmente

por factores socioculturales. Cuando la persona se desarrolla en ambientes sociales en los que se establecen expectativas altas en torno a la apariencia física y el ideal de delgadez, es más probable que asuma que debe cumplir con tales expectativas y se apropie de ellas como metas personales.

En el caso de las personas con AN el reforzamiento positivo de su conducta ocurre al obtener resultados exitosos en la restricción alimentaria o al lograr perder peso, lo cual ocasiona un incremento en su autoestima. Mientras que en la BN el reforzamiento negativo ocurre cuando la persona no logra disminuir su peso corporal o éste aumenta. En ambos casos, tanto en la AN como en la BN, se intensifican los esfuerzos perfeccionistas para lograr su objetivo.

Este modelo propone que las características de personalidad permiten establecer una diferencia importante entre las personas con AN o BN, aunque se reconoce que existen otros factores que contribuyen a la diferencia. Esta afirmación se basa en hallazgos consistentes de las características de la personalidad asociadas con la AN (e.g. rigidez) que contrastan con la personalidad que caracteriza a las pacientes con BN (e. g. impulsividad).

En los modelos descritos el perfeccionismo es considerado como una característica psicológica implicada en la génesis de los TCA. En general pueden identificarse dos planteamientos importantes: a) Las personas perfeccionistas son más vulnerables a las influencias sociales que promueven el modelo de delgadez, y b) Cuando el perfeccionismo interactúa con otras variables como la insatisfacción general y la preocupación por la figura y peso corporal incrementa el riesgo de desarrollar algún TCA.

El papel del perfeccionismo en los TCA ha sido evaluado empíricamente tanto en el ámbito internacional como nacional. Los resultados de las investigaciones pueden evaluarse de acuerdo a dos líneas: 1) diferencias entre personas con y sin TCA, y 2) grado en que el perfeccionismo se asocia o predice algunas características sintomatológicas de TCA.

En la Tabla 3 se presenta un resumen de las investigaciones internacionales en las que se ha evaluado si existen diferencias entre personas con y sin TCA en cuanto a perfeccionismo. Cabe señalar que en la mayoría de las investigaciones la muestra clínica estuvo conformada por mujeres con AN, en otros casos sólo se indica que se trabajó con personas diagnosticadas con TCA, sin detallar qué tipo de trastorno. Los resultados han mostrado que las mujeres con AN obtienen puntuaciones significativamente mayores que las mujeres sin AN en la subescala perfeccionismo del EDI (Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye, 1995; Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted & Kaplan, 2003), en todas las subescalas de la MPS-F, excepto Organización (Halmi et al., 2000) y expectativas paternas (Bastiani et al., 1995). También se ha encontrado que las mujeres con AN presentan puntuaciones mayores en las subescalas perfeccionismo auto-orientado y perfeccionismo establecido socialmente de la MPS-H (Bastiani et al., 1995; Cockell et al., 2002) en comparación con mujeres control.

Considerando los subtipos de AN, las mujeres con AN purgativa obtuvieron mayores puntuaciones en la subescala críticas paternas de la MPS-F, que las mujeres con AN restrictiva (Halmi et al., 2000). En el estudio realizado por Lilenfeld et al. (2000) se trabajó con mujeres con BN y recuperadas de BN quienes obtuvieron mayores puntuaciones que el grupo control en el total de la MPS-F y sus subescalas estándares personales, preocupación por los errores, críticas paternas e indecisión de acción.

En los estudios que han incluido muestras clínicas, sin especificar el tipo de trastorno, se ha encontrado que las mujeres con TCA obtienen puntuaciones significativamente mayores que las mujeres sin TCA en perfeccionismo positivo y negativo del NPQ (Terry-Short et al., 1995) y en la subescala perfeccionismo del EDI (Calderón, Moreno, Gili & Roca, 1998). Empleando una metodología experimental, Pliner y Haddock (1996) demostraron que las mujeres con sintomatología de TCA presentan mayor adherencia a las metas establecidas por otras personas (perfeccionismo establecido socialmente) en comparación con mujeres que no presentaban sintomatología de TCA.

Tabla 3. Investigaciones en las que se ha evaluado si el perfeccionismo discrimina entre personas con TCA o su sintomatología y personas sanas.

Autores	Muestra e Instrumentos	Resultados
Bastiani, Rao, Weltzin y Kaye (1995)	11 mujeres con AN que presentaban bajo peso corporal 8 mujeres con AN que habían recuperado peso corporal 10 mujeres sin TCA <i>EDI, MPS-F, MPS-H</i>	Las mujeres con AN obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las mujeres sin TCA en todas las subescalas del EDI, MPS-F y MPS-H, excepto expectativas paternas de la MPS-F y perfeccionismo orientado hacia otros de la MPS-H. Todas las mujeres con AN obtuvieron puntuaciones similares en las medidas de perfeccionismo.
Terry-Short et al. (1995)	21 personas con TCA 225 estudiantes o trabajadoras <i>NPQ</i>	Las pacientes con TCA obtuvieron puntuaciones significativamente más altas tanto en perfeccionismo positivo como perfeccionismo negativo en comparación con el grupo control.
Pliner y Haddock (1996)	100 mujeres estudiantes Investigación Experimental	Las mujeres preocupadas por su peso se apegaron más a las metas altas establecidas por los demás (perfeccionismo establecido socialmente). En situaciones en las que no había estándares establecidos por otros, los estándares que ellas mismas establecieron fueron bajos.
Calderón, Moreno, Gili y Roca (1998)	46 mujeres con TCA 180 mujeres estudiantes <i>EDI</i>	Las personas con TCA obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala Perfeccionismo del EDI, en comparación con las mujeres del grupo control.
Halmi et al. (2000)	322 mujeres con AN: Restrictiva = 146, Purgativa = 116 Atracón-purga =60 44 mujeres sin TCA <i>EDI, MPS-F</i>	Las personas con AN obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que el grupo control, en todas las subescalas de la MPS-F, excepto en Organización. Las mujeres con AN purgativa obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala críticas paternas en comparación con las mujeres con AN restrictiva.
Lilenfeld et al. (2000)	31 mujeres con BN 16 mujeres recuperadas de BN 44 mujeres sin TCA <i>EDI, MPS-F</i>	Las mujeres con BN y recuperadas de BN presentaron puntuaciones altas en el total de la MPS-F y en las subescalas estándares personales, preocupación por los errores, críticas paternas e indecisión de acción.
Cockell et al. (2002)	21 mujeres con AN 21 mujeres sin TCA 17 mujeres con trastorno psiquiátrico <i>Entrevista diagnóstica; MPS-H</i>	Las mujeres con AN obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las mujeres de los grupos control en las subescalas de perfeccionismo auto-orientado y perfeccionismo establecido socialmente.
Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted y Kaplan (2003)	71 mujeres y 2 hombres: AN restrictiva = 36 AN purgativa = 37 Grupo control <i>Entrevista diagnóstica; EDI, MPS-F</i>	Antes de iniciar un tratamiento, las personas con AN obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las personas del grupo control en cuanto a perfeccionismo (EDI).

Los resultados de las investigaciones descritas muestran que las mujeres con TCA son perfeccionistas. En general, la subescala perfeccionismo del EDI y las subescalas de la MPS-F han permitido diferenciar entre personas con y sin TCA; asimismo, el perfeccionismo auto-orientado y el perfeccionismo establecido socialmente, evaluado con la MPS-H, ha caracterizado de manera consistente a las personas con TCA.

Por otro lado, en la Tabla 4 se resumen los estudios en los que se ha evaluado si el perfeccionismo se asocia o predice síntomas de TCA. Los resultados obtenidos en muestras con sintomatología de TCA indican que el perfeccionismo establecido socialmente (MPS-H) correlacionó con insatisfacción corporal y sintomatología de TCA (puntuación total del EAT y del BULIT), mientras que el perfeccionismo auto-orientado sólo correlacionó con la puntuación total del EAT, el cual evalúa sintomatología de AN (Hewitt, Flett & Ediger, 1995). Utilizando la MPS-F se ha encontrado que la preocupación por los errores e indecisión de acción se asocian con síntomas de TCA evaluados con el EDI, tales como motivación para adelgazar, bulimia e insatisfacción corporal (Minarik & Ahrens, 1996).

Respecto al nivel de predicción del perfeccionismo en los TCA, se ha encontrado que la subescala perfeccionismo del EDI predice sintomatología de BN, medida a través de la subescala bulimia del EDI (Joiner, Heatherton, Rudd & Schmidt, 1997) y sintomatología de AN evaluada con la puntuación total del EAT (Tyrka, Waldron, Graber & Brooks-Gunn, 2002). Considerando síntomas específicos de los TCA existen resultados contradictorios respecto a la relación entre perfeccionismo y restricción alimentaria; Killen et al. (1994) encontraron que el perfeccionismo del EDI no fue un predictor adecuado de la restricción alimentaria, mientras que Hewitt et al. (1995) mostraron que el perfeccionismo auto-orientado de la MPS-H predecía de manera directa la restricción alimentaria. Por su parte, McLaren, Gauvin y White (2001) identificaron que el perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente (MPS-H) predecía la restricción alimentaria sólo con la mediación del ejercicio excesivo. La

discrepancia entre estos resultados quizá puede atribuirse a que tanto la restricción alimentaria como el perfeccionismo fueron evaluados con diferentes instrumentos (EDI vs MPS-H, Escala de restricción alimentaria vs subescala del EAT).

Tabla 4. Investigaciones en las que se ha evaluado el grado de asociación y/o predicción del perfeccionismo respecto a los TCA y su sintomatología (*Continúa*).

<b>Autores</b>	<b>Muestra e Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
<b>Muestra con sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario</b>		
Killen, et al. (1994)	939 mujeres estudiantes <i>EDI, Escala de restricción, Cuestionario de síntomas de Bulimia.</i>	El perfeccionismo no mostró ser un buen predictor de la restricción alimentaria.
Hewitt, Flett y Ediger (1995)	49 mujeres estudiantes <i>Test de actitudes alimentarias (EAT) Test de Bulimia (BULIT) Cuestionario de imagen corporal MPS-H</i>	El perfeccionismo auto-orientado correlacionó con sintomatología de AN (puntuación total del EAT) y mostró ser un buen predictor de la restricción alimentaria. El perfeccionismo establecido socialmente correlacionó positivamente con sintomatología de AN y BN (puntuación total del BULIT) así como con insatisfacción corporal (puntuación total del cuestionario de imagen corporal).
Minarik y Ahrens (1996)	39 mujeres estudiantes <i>EAT-26, EDI, MPS-F</i>	Únicamente las subescalas preocupación por los errores e indecisión de acción de la MPS-F se asociaron significativamente con sintomatología de los TCA, evaluada con el EAT (puntuación total) y tres subescalas del EDI (motivación para adelgazar, bulimia e insatisfacción corporal). La preocupación por los errores fue el mejor predictor de la sintomatología de TCA, la motivación para adelgazar y la insatisfacción corporal.
Joiner, Heatherton, Rudd y Schmidt (1997)	435 mujeres estudiantes <i>EDI</i>	El perfeccionismo mostró ser un buen predictor de sintomatología de bulimia (puntuación en la subescala bulimia del EDI) en mujeres que se percibían con sobrepeso.
Holston y Cashwell (2000)	437 mujeres estudiantes <i>Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar NPQ, EDI</i>	El perfeccionismo mostró predecir de manera directa actitudes alimentarias inadecuadas (puntuación total del EDI). También se encontró una relación indirecta, mediada por el perfeccionismo, entre el funcionamiento familiar y las actitudes alimentarias inadecuadas.
Mclaren, Gauvin y White (2001)	269 mujeres estudiantes <i>Escala de Restricción, Escala de ejercicio, MPS-H.</i>	El perfeccionismo auto-orientado y el perfeccionismo establecido socialmente fueron predictores de la restricción alimentaria, dichas relaciones estuvieron mediadas por el ejercicio excesivo.

Tabla 4 (Continuación). Investigaciones en las que se ha evaluado el grado de asociación y/o predicción del perfeccionismo respecto a los TCA y su sintomatología.

<b>Autores</b>	<b>Muestra e Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Vohs, Bardone, Joiner, Abramson y Heatherton (1999)	342 mujeres estudiantes <i>Escala de Autoestima EDI</i>	La interacción entre perfeccionismo alto, baja autoestima y percibirse con sobrepeso mostró adecuada capacidad para predecir la sintomatología de BN (subescala Bulimia del EDI).
Vohs et al. (2001)	70 mujeres estudiantes <i>Escala de Autoestima EDI</i>	La interacción entre perfeccionismo alto, insatisfacción corporal y baja autoestima mostró predecir significativamente los síntomas de bulimia (subescala Bulimia del EDI).
Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn (2002)	157 mujeres estudiantes <i>Entrevista semiestructurada EAT, EDI</i>	El perfeccionismo fue el mejor predictor de sintomatología de AN (puntuación total del EAT) en mujeres jóvenes.
Shaw, Stice y Springer (2004)	496 mujeres estudiantes <i>Entrevista diagnóstica; Escala de siluetas corporales; EDI</i>	La interacción entre perfeccionismo, insatisfacción corporal y autoestima no mostró ser un buen predictor de los síntomas de BN (subescala Bulimia del EDI).
Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton y Joiner (2006)	426 mujeres estudiantes <i>Subescala General de Autoeficacia, Cuestionario de Evaluación de Trastorno Alimentario; EDI</i>	La interacción entre niveles altos de perfeccionismo, baja autoeficacia y percibirse con sobrepeso mostró capacidad para predecir el atracón alimentario. Estas variables no mostraron ser predictoras de conductas compensatorias.
<b>Muestra con trastorno del comportamiento alimentario</b>		
Davis (1997)	42 mujeres con AN 59 mujeres con BN 22 mujeres con TANE <i>Escala de estima corporal MPS-H; NPQ</i>	Cuando el perfeccionismo neurótico fue bajo, el perfeccionismo normal se asoció con alta estima corporal; en los casos que el perfeccionismo neurótico fue alto, el perfeccionismo normal se asoció con baja estima corporal.
Ashby et al. (1998)	24 mujeres TCA 166 mujeres estudiantes <i>EDI, APS-R, MPS-H</i>	El perfeccionismo no saludable correlacionó positivamente con cuatro subescalas del EDI, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal e identificación interoceptiva.
Bulik et al. (2003)	34 mujeres AN 92 mujeres con BN Entrevista diagnóstica 12 reactivos de la <i>MPS-F</i>	Preocupación por los errores e indecisión de acción se asociaron significativamente con síntomas de AN y BN. Preocupación por los errores fue el mejor predictor de BN.

En otros estudios se ha encontrado que el perfeccionismo no sólo predice de manera directa síntomas de TCA, también tiene un efecto importante al interactuar con otras variables. Por ejemplo, Holston y Cashwell (2000) encontraron que el perfeccionismo, evaluado con el *Neurotic Perfectionism Questionnaire*, predice de

manera directa actitudes alimentarias inadecuadas (puntuación total del EDI) y es mediador de la relación entre funcionamiento familiar y actitudes alimentarias inadecuadas. También se ha encontrado que la interacción entre perfeccionismo, insatisfacción corporal, baja autoestima y percibirse con sobrepeso predice sintomatología de BN, medida con la subescala bulimia del EDI (Vohs, Bardone, Joiner, Abramson & Heatherton, 1999; Vohs et al., 2001). Sin embargo, los resultados de la investigación realizada por Shaw, Stice y Springer (2004) aportan evidencia contradictoria respecto a esta interacción, debido a que no mostró un adecuado nivel de predicción de sintomatología de BN (EDI). Considerando dos síntomas específicos de la BN, atracón y conductas compensatorias, Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton y Joiner (2005) encontraron que la interacción entre perfeccionismo, baja autoeficacia y percibirse con sobrepeso fue predictora del atracón y no de las conductas compensatorias.

Los resultados de las investigaciones con muestras clínicas han mostrado que altos niveles de perfeccionismo neurótico, evaluado mediante el NPQ, se han asociado con una evaluación negativa de la estima corporal (Davis, 1997), también se ha encontrado que el perfeccionismo no saludable, evaluado con la APS-R y la MPS-H, correlaciona positivamente con insatisfacción corporal del EDI (Ashby et al., 1998), mientras que la preocupación por los errores y la indecisión de acción (MPS-F) se asocian con síntomas de AN y BN (medidos a través de una entrevista diagnóstica), siendo la preocupación por los errores el mejor predictor de la sintomatología de BN (Bulik et al., 2003).

Un resultado que ha llamado la atención de algunos investigadores es que el perfeccionismo ha mostrado ser un rasgo que persiste después de un período de recuperación de AN (Bastiani et al., 1995; Bizeul, Sadowsky & Rigaud, 2001; Srinivasagam et al., 1995; Sullivan, Bulik, Fear & Pickering, 1998; Sutandar-Pinnock et al., 2003) o BN (Lilenfeld et al., 2000). Asimismo, se ha encontrado que si al inicio del tratamiento las pacientes obtienen altas puntuaciones en perfeccionismo se pronostican resultados poco favorables al final del tratamiento (Bizeul et al., 2001; Sutandar-Pinnock

et al., 2003). Una interrogante que se ha derivado de este dato es si el perfeccionismo puede representar un riesgo para que las personas reincidan en un TCA. Además de preguntarse cómo es el manejo terapéutico que se hace en cuanto a presencia de la conducta perfeccionista en personas con TCA.

En el caso de las investigaciones realizadas en población mexicana, principalmente en la Ciudad de México, los resultados han mostrado algunas inconsistencias (véase Tabla 5). Mancilla et al. (1998) encontraron que las personas con sintomatología de TCA mostraron ser más perfeccionistas en comparación con personas sin sintomatología de TCA; al trabajar con una muestra clínica, Vazquez, López, Alvarez , Franco y Mancilla (2004) también encontraron que las personas con TCA, hombres y mujeres, se caracterizaron por ser más perfeccionistas que las personas sin TCA.

En otras investigaciones no se han establecido diferencias estadísticamente significativas entre personas con y sin sintomatología de TCA en cuanto a perfeccionismo (Alvarez, Franco, Mancilla & Vázquez, 2003; Alvarez, Franco, Vázquez et al., 2003; Mateo, 2002), resultados que han sido replicados en mujeres con TCA (Mancilla et al., 2003) y en poblaciones consideradas de alto riesgo, como las estudiantes de danza (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo & Mancilla, 2000). Asimismo, el perfeccionismo no se ha asociado con sintomatología de los TCA (Mancilla et al., 2003).

Después de conocer el estado en el que se encuentra la investigación sobre perfeccionismo y TCA es posible realizar algunas consideraciones. Respecto a las investigaciones llevadas a cabo en el ámbito internacional destaca lo siguiente:

a) En general, los resultados muestran que el perfeccionismo puede ser un predictor importante de sintomatología de AN y BN. No obstante, quedan algunas interrogantes en cuanto a su rol específico, debido a que en algunos estudios se ha relacionado directamente con sintomatología de TCA y en otros estudios se ha encontrado que es necesario que interactúe con el ejercicio, la insatisfacción corporal y la percepción de sobrepeso.

Tabla 5. Investigaciones en las que se ha evaluado el perfeccionismo en población mexicana que presenta trastorno del comportamiento alimentario o su sintomatología.

<b>Autores</b>	<b>Muestra e Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
<b>Muestra con trastorno del comportamiento alimentario</b>		
Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla (2000)	70 mujeres estudiantes de danza (29 con TCA y 43 sin TCA). <i>EDI</i>	No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a perfeccionismo entre las mujeres con y sin TCA.
Mancilla et al. Vázquez (2003)	113 mujeres con TCA 90 mujeres sin TCA <i>Test de Actitudes Alimentarias (EAT)</i> <i>Test de Bulimia (BULIT)</i> <i>EDI</i>	Las mujeres con y sin TCA no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a perfeccionismo. Asimismo, el perfeccionismo no correlacionó con síntomas de TCA, evaluados mediante el EAT y el BULIT.
Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla (2004)	731 mujeres estudiantes 752 hombres estudiantes <i>EAT, BULIT, EDI</i>	Los hombres y las mujeres a quienes se les diagnóstico un TCA presentaron puntuaciones significativamente mayores en la subescala perfeccionismo del EDI en comparación con hombres y mujeres sin TCA.
<b>Muestra con sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario</b>		
Mancilla, et al. (1998)	480 mujeres universitarias 27 mujeres con sintomatología de AN 17 mujeres con sintomatología de BN <i>EDI</i>	Las mujeres con sintomatología de TCA obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala Perfeccionismo del EDI, en comparación con las mujeres control. Asimismo, las mujeres con sintomatología de AN mostraron ser más perfeccionistas que las mujeres con sintomatología de BN.
Mateo (2002)	288 mujeres estudiantes 237 hombres estudiantes <i>EDI</i>	Las personas con y sin sintomatología de TCA no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala perfeccionismo del EDI.
Álvarez, Franco, Mancilla y Vázquez (2003)	58 mujeres con sintomatología de AN 69 mujeres con sintomatología de BN 70 mujeres estudiantes <i>EDI</i>	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con y sin sintomatología de TCA en cuanto a perfeccionismo.
Álvarez, Franco, Vázquez et al. (2003)	222 mujeres estudiantes Sintomatología de TCA = 64 Control = 158 117 hombres estudiantes Sintomatología de TCA = 43 Control = 74 <i>EDI</i>	La diferencia del perfeccionismo de las personas con y sin sintomatología de TCA no fue estadísticamente significativa. Considerando la variable género tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

b) En la mayoría de los estudios se han incluido medidas globales de la sintomatología de TCA, evaluada mediante la puntuación total en instrumentos diseñados para tal fin (e. g. EAT, BULIT). Si bien en estos casos se afirma que el perfeccionismo se asocia o predice la sintomatología de TCA no es posible saber si está más relacionado con algunos síntomas. En otras investigaciones se ha considerado la puntuación total de la subescala bulimia del EDI como un indicador de sintomatología de BN, algunos autores consideran que esta subescala es una medida muy general de la sintomatología de BN (Killen et al., 1994; Sánchez, 2005), debido a que sólo incluye siete preguntas, seis evalúan la conducta de atracón y una evalúa el vómito como conducta compensatoria.

c) Son escasos los estudios en los que se han evaluado síntomas específicos de TCA (insatisfacción corporal, restricción alimentaria, atracón y motivación para adelgazar) y no existe evidencia suficiente de la relación entre dichos síntomas y el perfeccionismo. En el caso particular de la asociación entre el perfeccionismo y la restricción alimentaria existen resultados contradictorios.

d) En todas las investigaciones la muestra estuvo conformada por mujeres, excepto la realizada por Sutandar-Pinnock et al. (2003) en la cual incluyeron dos hombres con TCA. Incluir muestras masculinas es importante debido a que en las últimas décadas se ha constatado la presencia de TCA entre los hombres, aunque en menor frecuencia que en las mujeres (Carlat & Camargo, 1991; Klein & Walsh, 2004).

e) Las investigaciones con trastornos subclínicos son escasas, debido a que se ha trabajado con muestras clínicas conformadas por personas con AN y en menor medida personas con BN. De hecho, sólo en el estudio realizado por Davis (1997) se incluyó una muestra de mujeres que presentaban TANE; sin embargo, no se presentan resultados para esta muestra en particular.

f) Algunos autores han mencionado que las persona perfeccionistas presentan mayor vulnerabilidad para desarrollar un TCA. Hasta el momento sólo en el estudio realizado por Davis (1997) se consideró la evaluación de personas que obtienen altas puntuaciones en medidas de perfeccionismo y se encontró que el perfeccionismo se

asoció con una estimación negativa del tamaño y la forma del cuerpo. Considerando este dato también es importante evaluar si las personas que obtienen altas puntuaciones en perfeccionismo presentan algunos síntomas de TCA e influencia de los factores socioculturales asociados a los mismos.

En cuanto a las investigaciones realizadas en México puede decirse que existen resultados contradictorios respecto a si el perfeccionismo caracteriza a las personas con TCA o su sintomatología y no se ha encontrado asociación entre perfeccionismo y síntomas de TCA. Cabe señalar que en este caso sólo se ha empleado la subescala perfeccionismo del EDI como medida de la conducta perfeccionista. Medida que no ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en muestras mexicanas (Alvarez, 2006; Alvarez & Franco, 2000; Mancilla et al., 2003; Sánchez, 2005), por lo que resulta relevante contar con instrumentos apropiados para evaluar el perfeccionismo en esta población. Además, en las investigaciones realizadas en México se ha trabajado principalmente con muestras de mujeres, sólo en dos estudios se incluyeron muestras de hombres.

Considerando el estado de conocimiento que existe respecto al papel que juega el perfeccionismo en los TCA, resulta importante realizar estudios para subsanar algunas de las carencias identificadas en las investigaciones. Es necesario analizar si las personas perfeccionistas presentan mayor sintomatología de TCA y están más influidas por el modelo estético corporal en comparación con personas que no son perfeccionistas. También debe precisarse el papel específico del perfeccionismo en los TCA, para ello es necesario considerar la evaluación de síntomas específicos de los TCA y factores socioculturales asociados a estas psicopatologías. Asimismo, es importante incluir muestras de personas con trastornos subclínicos y muestras de varones. En el caso particular de México, es necesario emplear instrumentos que demuestren ser útiles para la evaluación del perfeccionismo. Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación fue evaluar el papel del perfeccionismo en los TCA en una muestra mexicana. En el Estudio 1 se evaluó la estructura factorial y la consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F) en mujeres y hombres mexicanos.

En el Estudio 2 se analizó si los componentes del perfeccionismo caracterizan a las personas con TCA o con la sintomatología del trastorno y si algún componente era relevante en la explicación de los síntomas de TCA o factores socioculturales asociados a los mismos.

**Objetivos específicos:**

- Analizar si las personas con perfeccionismo alto se diferencian de las personas que presentan perfeccionismo bajo en cuanto a síntomas de TCA y factores socioculturales asociados a los mismos.
- Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con sintomatología y sin sintomatología de TCA, respecto a los componentes de la conducta perfeccionista (preocupación por los errores, estándares personales, organización, indecisión de acción, críticas paternas y expectativas paternas).
- Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con TCA y personas sin TCA, en cuanto a los componentes de la conducta perfeccionista.
- Evaluar si existe asociación entre los componentes del perfeccionismo y síntomas de TCA (insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, restricción alimentaria, preocupación por la comida, atracón, conductas compensatorias y sentimientos negativos posteriores al atracón) y factores socioculturales (influencia de la publicidad e influencia de los modelos sociales).
- Valorar si los componentes del perfeccionismo muestran capacidad para explicar síntomas de TCA y factores socioculturales asociados a los mismos.

## **Primer estudio: Estructura factorial y consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F).**

**Objetivo:** Evaluar la estructura factorial y consistencia interna de la MPS-F en mujeres y hombres mexicanos.

### **MÉTODO**

#### *Participantes*

La muestra fue no probabilística de tipo intencional. Participaron 808 adolescentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, 450 mujeres (55.70%) y 358 hombres (44.30%) de escuelas públicas de enseñanza secundaria (70%) y preparatoria (30%). La edad promedio de las mujeres fue 14.18 años ( $DE = 1.62$ ) y para los hombres fue 14.37 años ( $DE = 1.82$ ).

#### *Instrumentos*

*Escala Multidimensional de Perfeccionismo* (MPS-F), es un autoreporte diseñado con la finalidad de evaluar la conducta perfeccionista desde una perspectiva multidimensional (Frost et al., 1990). Consta de 35 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (Totalmente en desacuerdo = 1, Totalmente de acuerdo = 5). En la validación original la MPS-F mostró adecuada consistencia interna ( $Alpha = 0.90$ ) y se identificaron seis factores que explicaron el 53.60% de la varianza: Preocupación por los errores, Indecisión de acción, Organización, Estándares personales, Expectativas paternas y Críticas paternas (véase anexo A1).

#### *Procedimiento*

Para obtener una versión de la MPS-F en español equivalente en significado a la escala original se empleó un procedimiento denominado retrotraducción, en el cual participaron dos personas que dominaban el idioma inglés y español, quienes realizaron la traducción de la escala. La aplicación de la escala se realizó en las instalaciones de

las instituciones educativas y se llevó a cabo en forma grupal. Se explicó el objetivo del estudio y se leyeron las instrucciones para que los participantes contestaran la escala.

#### Análisis estadísticos

- La consistencia interna de la MPS-F se evaluó empleando el coeficiente Alpha de Cronbach (Kline, 1999; Nunally, 1991).
- Correlación entre cada reactivo y el total del la MPS-F empleando el coeficiente  $r$  de Pearson (Anastasi, 1964; Kaplan & Saccuzzo, 1997; Gregory, 2001).
- La estructura factorial de la MPS-F se obtuvo por medio del análisis factorial, empleando el método de componentes principales y rotación ortogonal (Camacho, 1995; Field, 2004; Kline, 1999).

## RESULTADOS

Con la finalidad de evaluar si los totales obtenidos por los participantes en la MPS-F se distribuían normalmente, se graficaron las distribuciones de frecuencia para las mujeres y los hombres (véase Figura 1 y 2, respectivamente). Los resultados de la prueba *Kolmogorov-Smirnov* mostraron que en ambos géneros las puntuaciones totales se distribuyeron normalmente ( $D = 0.03, 0.04$  n/s, respectivamente). En las mujeres la puntuación promedio fue 110.75 ( $DE = 23.30$ ) y en el caso de los hombres fue 111.14 ( $DE = 23.41$ ).

las instituciones educativas y se llevó a cabo en forma grupal. Se explicó el objetivo del estudio y se leyeron las instrucciones para que los participantes contestaran la escala.

#### Análisis estadísticos

- La consistencia interna de la MPS-F se evaluó empleando el coeficiente Alpha de Cronbach (Kline, 1999; Nunally, 1991).
- Correlación entre cada reactivo y el total del la MPS-F empleando el coeficiente  $r$  de Pearson (Anastasi, 1964; Kaplan & Saccuzzo, 1997; Gregory, 2001).
- La estructura factorial de la MPS-F se obtuvo por medio del análisis factorial, empleando el método de componentes principales y rotación ortogonal (Camacho, 1995; Field, 2004; Kline, 1999).

## RESULTADOS

Con la finalidad de evaluar si los totales obtenidos por los participantes en la MPS-F se distribuían normalmente, se graficaron las distribuciones de frecuencia para las mujeres y los hombres (véase Figura 1 y 2, respectivamente). Los resultados de la prueba *Kolmogorov-Smirnov* mostraron que en ambos géneros las puntuaciones totales se distribuyeron normalmente ( $D = 0.03, 0.04$  n/s, respectivamente). En las mujeres la puntuación promedio fue 110.75 ( $DE = 23.30$ ) y en el caso de los hombres fue 111.14 ( $DE = 23.41$ ).

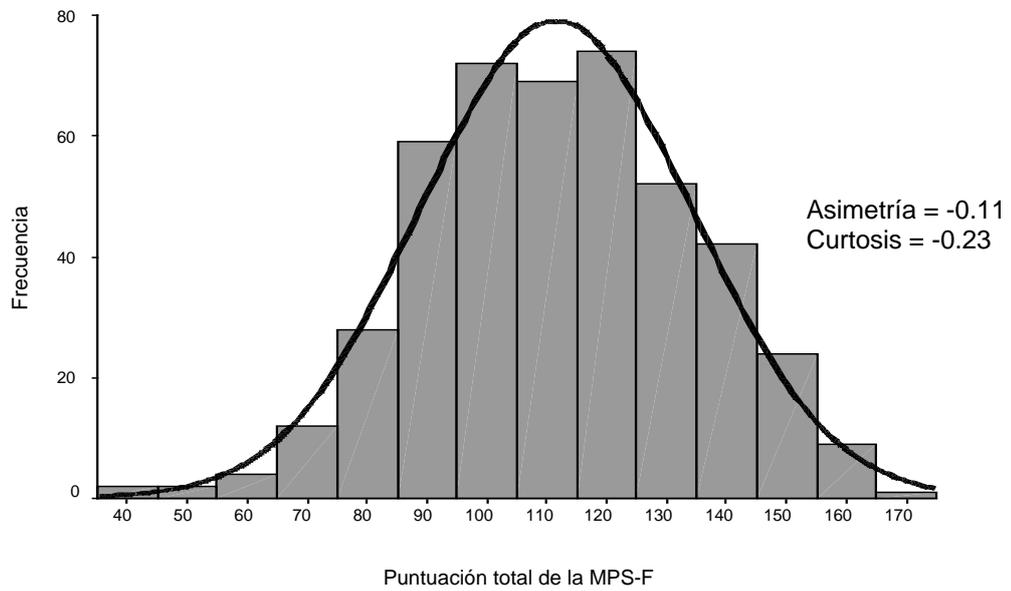


Figura 4. Distribución de frecuencias de la puntuación total obtenida por las mujeres en la MPS.

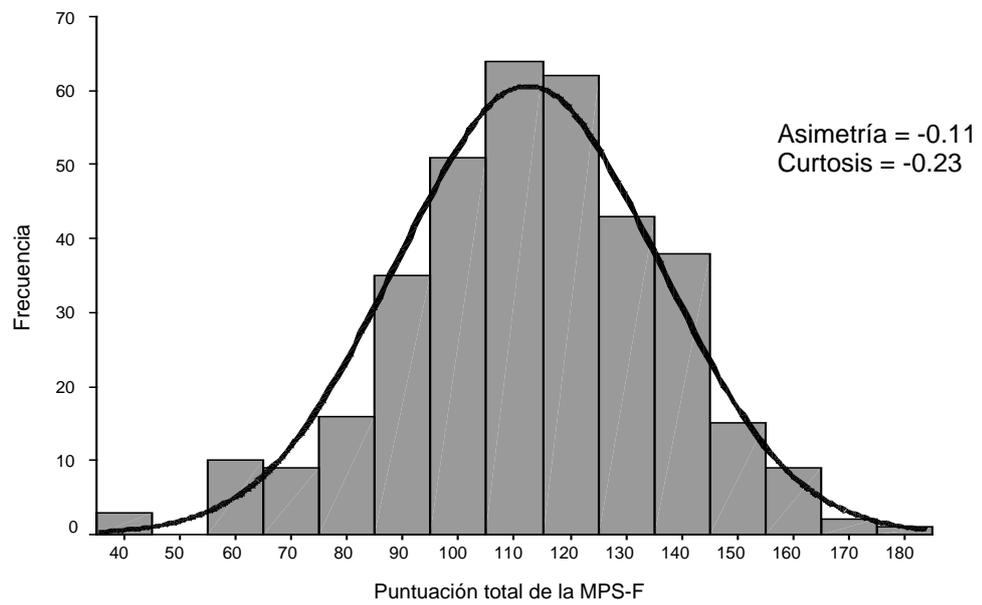


Figura 5. Distribución de frecuencias de la puntuación total obtenida por los hombres en la MPS.

## Consistencia Interna

La consistencia interna de la escala se evaluó con el coeficiente *Alpha de Cronbach* cuyo valor fue de 0.91 tanto en mujeres como en hombres, este índice muestra que la MPS-F posee una consistencia interna adecuada en ambos géneros.

Al correlacionar cada reactivo con la puntuación total de la MPS-F, empleando el coeficiente *r* de Pearson, se encontró que los 35 reactivos obtuvieron una correlación estadísticamente significativa en ambos géneros (véase Tabla 6). En las mujeres el rango de la correlación fue de 0.16 (reactivo 7) a 0.67 (reactivo 13). En 21 reactivos la magnitud de la correlación fue superior a 0.50, 9 reactivos obtuvieron una correlación moderada ( $r \geq 0.30$ ) y 5 reactivos (7, 8, 16, 27, 31) se correlacionaron débilmente con la puntuación total de la MPS-F. En el caso de los hombres se obtuvieron correlaciones entre 0.30 (reactivo 31) y 0.62 (reactivo 14), en 18 reactivos la magnitud de la correlación fue mayor a 0.50 y los 17 reactivos restantes correlacionaron en forma moderada ( $r \geq 0.30$ ).

Tabla 6. Correlación reactivo-total de la MPS-F para mujeres y hombres.

Reactivos		Magnitud de la Correlación
Mujeres	Hombres	
4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 30, 32, 33, 34, 35	4, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 34, 35	$r > 0.50^*$ $r < 0.70^*$
1, 2, 3, 5, 6, 20, 24, 28, 29	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 33	$r > 0.30^*$ $r < 0.50^*$
7, 8, 16, 27, 31	-----	$r > 0.15^*$ $r < 0.30^*$

\*  $p < 0.001$

## **Análisis Factorial**

Se realizó un análisis factorial empleando el método de Componentes Principales y rotación Ortogonal. Para la formación de los factores se consideraron los criterios propuestos por Yela (1997): 1) El valor propio de cada factor tiene que ser mayor a uno, 2) Los reactivos de cada factor deben obtener una carga factorial mayor o igual a 0.40, 3) Los reactivos agrupados en un factor deben presentar congruencia conceptual, y 4) Cada factor tiene que agrupar más de dos reactivos.

Se realizó un primer análisis factorial para la muestra total y se derivaron seis factores que explicaron el 49.63% de la varianza total. Al analizar el contenido de los reactivos agrupados se encontró que en los factores 2, 4 y 5 se incluyeron reactivos que evaluaban *Organización*, *Expectativas Paternas* y *Estándares Personales*, respectivamente, mientras que el contenido de los tres factores restantes no fue claramente interpretable. Considerando estos resultados se decidió realizar el análisis factorial para cada género.

En el caso de las mujeres se obtuvieron seis factores con un valor propio superior a uno, los cuales explicaron el 49.30% de la varianza total (véase Tabla 7). El primer factor explicó el 15.72% de la varianza y agrupó los nueve reactivos que en la versión original pertenecían a la subescala *Preocupación por los Errores* y los reactivos 3, 4 y 15 que pertenecían a las subescalas *Críticas Paternas*, *Expectativas Paternas* y *Estándares Personales*, respectivamente. Al analizar el contenido de éstos se observó que también hacían referencia a una preocupación excesiva por obtener resultados excepcionales, evitar fracasos y evaluaciones inadecuadas, por lo que se decidió conservarlos en este factor; además en otros estudios los reactivos 4 y 5 también se habían agrupado en el factor *Preocupación por los Errores* (Antony & Swinson, 1998; Parker & Adkins, 1995; Rhéaume et al., 1995).

Tabla 7. Cargas factoriales y consistencia interna de los reactivos de la MPS-F en mujeres.

Reactivos agrupados en cada factor	PE	O	IA	EP	EPt	CP	
14. Si me equivoco parcialmente, es tan malo como si me hubiera equivocado totalmente.	.74						
13. Si alguien hace una tarea en la escuela o el trabajo mejor que yo, siento que he fallado en toda la tarea.	.69						
9. Si fallo en el trabajo o escuela, soy un fracaso como persona	.67						
23. Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior.	.65						
25. Si no hago bien las cosas todo el tiempo, las personas no me respetarán.	.62						
4. Si no cumplo las metas más altas que me he propuesto, probablemente seré una persona inferior.	.58						
18. Odio ser menos que el mejor en lo que hago.	.56						
21. Probablemente la gente pensará menos en mí si cometo un error.	.56						
34. Si cometo pocos errores, le agradeceré más a las personas.	.54						
15. Sólo el trabajo excepcional es aceptable en mi familia.	.53						
10. Debería preocuparme si cometo un error.	.50						
3. Cuando era niño me castigaban por no hacer las cosas perfectas.	.47						
27. Trato de ser una persona limpia.	.74						
29. La limpieza es muy importante para mí.	.72						
7. Soy una persona limpia.	.68						
8. Intento ser una persona ordenada.	.68						
31. Soy una persona ordenada.	.59						
2. El orden es muy importante para mí.	.43						
28. Usualmente tengo dudas sobre tareas simples que hago.		.69					
33. Tiendo a atrasarme en mi trabajo porque hago las cosas una y otra vez.		.60					
32. Me toma mucho tiempo hacer algo bien.		.53					
17. Aún cuando hago las cosas cuidadosamente, casi siempre siento que no lo hice bien.		.49					
12. Me propongo metas más altas que la mayoría de las personas.				.70			
19. Me propongo metas extremadamente altas.				.60			
16. Soy muy buena en enfocar mis esfuerzos para lograr una meta.				.57			
30. Espero un rendimiento mayor en mis tareas diarias que la mayoría de las personas.				.52			
20. Mis padres sólo han esperado cosas excelentes de mí.					.72		
11. Mis padres quieren que sea el mejor en todo.					.65		
26. Mis padres siempre han tenido expectativas más altas para mi futuro en relación a las que yo tengo.					.58		
1. Mis padres establecen metas muy altas para mí.					.48		
24. Las personas aceptan metas más bajas para sí mismas que las que yo me propongo.						.63	
35. Nunca he sentido que puedo cumplir con las metas que mis padres me imponen.						.53	
22. Nunca he sentido que puedo cumplir las expectativas de mis padres.						.50	
5. Mis padres nunca intentaron entender mis errores.						.45	
	<b>Valor propio</b>	<b>8.46</b>	<b>3.86</b>	<b>1.47</b>	<b>1.27</b>	<b>1.19</b>	<b>1.05</b>
	<b>% de varianza</b>	<b>15.72</b>	<b>8.64</b>	<b>7.10</b>	<b>6.64</b>	<b>6.43</b>	<b>4.77</b>
	<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0.88</b>	<b>0.77</b>	<b>0.69</b>	<b>0.71</b>	<b>0.66</b>	<b>0.65</b>

Nota. Preocupación por los Errores (PE), Organización (O), Indecisión de Acción (IA), Estándares Personales (EP), Expectativas Paternas (EPt), Críticas Paternas (CP).

El segundo factor explicó el 8.64% de la varianza e incluyó los seis reactivos de la subescala *Organización*. El tercer factor explicó el 7.10% de la varianza y se conformó por los cuatro reactivos que en el instrumento original pertenecían a la subescala *Indecisión de Acción*. En el cuarto factor sólo se agruparon cuatro de los siete reactivos que formaban parte de la subescala *Estándares Personales* y explicó el 6.64% de la varianza. El quinto factor explicó el 6.43% de la varianza, agrupó cuatro de los cinco reactivos que en el instrumento original pertenecían a la subescala *Expectativas Paternas*.

El último factor explicó el 4.77% de la varianza, agrupó tres de los cuatro reactivos que en el instrumento original pertenecían a la subescala *Críticas Paternas* y el reactivo 24 que pertenecía a la subescala *Estándares Personales*. Al analizar el contenido de este reactivo se observó que evalúa el establecimiento de metas por parte de otras personas, por lo que se decidió dejar el reactivo en este factor. Cabe señalar que sólo el reactivo 6 (“Es importante para mí ser competente en todo lo que hago”) perteneciente a la subescala *Estándares Personales* no se agrupó en algún factor.

En la muestra de hombres, también se realizó un análisis factorial empleando el método de Componentes Principales, con rotación Ortogonal. Se derivaron siete factores con un valor propio superior a uno, al analizar los reactivos que conformaban cada factor se observó que el factor cinco agrupaba tres reactivos de diferentes subescalas cada uno y no existía congruencia conceptual entre ellos, por tal motivo se eliminó. Los factores seis y siete agrupaban sólo dos reactivos, se decidió eliminarlos debido a que no cumplían con uno de los criterios considerados para la formación de factores, incluir más de dos reactivos. Por lo tanto, se analizaron los cuatro factores restantes, los cuales explicaron el 38.31% de la varianza total (véase Tabla 8). El primer factor explicó el 13.80% de la varianza, agrupó siete de los nueve reactivos que en el instrumento original conformaban la subescala *Preocupación por los Errores* y tres reactivos (5 y 15) que en el instrumento original se habían agrupado en las subescalas *Críticas Paternas* y *Expectativas Paternas*, respectivamente. Al analizar el contenido de estos dos reactivos se encontró que también evaluaban la preocupación por obtener

resultados excepcionales y evaluaciones inadecuadas, por lo que se decidió dejarlos en este factor.

Tabla 8. Estructura factorial, cargas factoriales y consistencia interna de la MPS-F en hombres.

Reactivos agrupados en cada factor	PE	O	EP	IA	
14. Si me equivoco parcialmente, es tan malo como si me hubiera equivocado totalmente.	.73				
18. Odio ser menos que el mejor en lo que hago.	.73				
13. Si alguien hace una tarea en la escuela o el trabajo mejor que yo, siento que he fallado en toda la tarea.	.72				
23. Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior.	.66				
9. Si fallo en el trabajo o escuela, soy un fracaso como persona	.62				
21. Probablemente la gente pensará menos en mí si cometo un error.	.60				
15. Sólo el trabajo excepcional es aceptable en mi familia.	.59				
25. Si no hago bien las cosas todo el tiempo, las personas no me respetarán.	.54				
5. Mis padres nunca intentaron entender mis errores.	.43				
27. Trato de ser una persona limpia.		.79			
29. La limpieza es muy importante para mí.		.72			
7. Soy una persona limpia.		.69			
8. Intento ser una persona ordenada.		.63			
31. Soy una persona ordenada.		.50			
12. Me propongo metas más altas que la mayoría de las personas.			.66		
19. Me propongo metas extremadamente altas.			.63		
16. Soy muy bueno en enfocar mis esfuerzos para lograr una meta.			.56		
20. Mis padres sólo han esperado cosas excelentes de mí.			.52		
11. Mis padres quieren que sea el mejor en todo.			.56		
6. Es importante para mí ser competente en todo lo que hago.			.44		
28. Usualmente tengo dudas sobre tareas simples que hago.				.75	
33. Tiendo a atrasarme en mi trabajo porque hago las cosas una y otra vez.				.61	
35. Nunca he sentido que puedo cumplir con las metas que mis padres me imponen.				.56	
32. Me toma mucho tiempo hacer algo bien.				.56	
	<b>Valor propio</b>	<b>8.55</b>	<b>4.11</b>	<b>1.58</b>	<b>1.27</b>
	<b>% de varianza</b>	<b>13.80</b>	<b>8.89</b>	<b>7.99</b>	<b>7.63</b>
	<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0.86</b>	<b>0.79</b>	<b>0.78</b>	<b>0.67</b>

Nota. Preocupación por los errores (PE), Organización (O), Estándares Personales (EP), Indecisión de acción (IA).

El segundo factor explicó el 8.89% de la varianza y agrupó todos los reactivos de la subescala *Organización*, excepto el reactivo 2. El tercer factor explicó el 7.99% de la varianza y agrupó cuatro de los siete reactivos que en el instrumento original conformaban la subescala *Estándares Personales* y los reactivos 20 y 11 que pertenecían a la subescala *Expectativas Paternas*. El análisis de estos dos reactivos

mostró que hacían referencia al establecimiento de metas por parte de los padres por lo que se consideró que si mostraban congruencia conceptual con el resto de los reactivos que conformaban este factor.

El cuarto factor explicó el 7.63% de la varianza y quedó conformado por tres de los cuatro reactivos que en el instrumento original formaban la subescala *Indecisión de Acción* y el reactivo 35 que pertenecía a la subescala *Críticas Paternas*. Al analizar el contenido de este reactivo se observó que evaluaba la inseguridad que experimenta una persona cuando siente que no puede cumplir con las expectativas de otros, por lo tanto se consideró pertinente dejarlo en este factor. Es importante mencionar que en este análisis las subescalas *Críticas Paternas* y *Expectativas de los Padres* no se conformaron y diez reactivos (1, 2, 3, 4, 10, 22, 24, 26, 30 y 34) no se agruparon en algún factor. Cabe señalar que para la muestra de hombres también se realizó un análisis factorial en el que se estableció como criterio la derivación de cuatro factores. Al analizar el contenido de cada uno de los factores, se observó que dicha estructura no era claramente interpretable, es decir, no existía congruencia conceptual entre los reactivos agrupados en los factores.

También se evaluó la consistencia interna de los factores, derivados tanto en mujeres como en hombres, empleando el Coeficiente *Alpha de Cronbach*. En el caso de las mujeres el factor *Preocupación por los Errores* obtuvo la mayor consistencia interna ( $Alpha = 0.88$ ) y el factor con la menor consistencia interna fue *Críticas Paternas* ( $Alpha = 0.65$ ). En la muestra de hombres el factor *Preocupación por los Errores* también obtuvo la mayor consistencia interna ( $Alpha = 0.86$ ) e *Indecisión de Acción* mostró la menor consistencia interna ( $Alpha = 0.67$ ).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La MPS-F fue elaborada en 1990 por un grupo de investigadores encabezados por Frost, con la finalidad de evaluar la conducta perfeccionista desde una perspectiva multidimensional. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la validez factorial y la consistencia interna de la MPS-F para población mexicana. Hasta el momento, en los estudios que habían incluido muestras masculinas para la evaluación de las propiedades psicométricas de la MPS-F los análisis se habían realizado con la muestra total, incluyendo hombres y mujeres (Cheng et al., 1999; Parker & Adkins, 1995; Rhéaume et al., 1995). En la presente investigación se realizó un análisis factorial con la muestra total y la estructura factorial obtenida no fue claramente interpretable debido a que la agrupación de algunos reactivos no presentaba congruencia conceptual; por tal motivo se decidió realizar análisis para cada género.

Los resultados obtenidos mostraron que la MPS-F posee una consistencia interna adecuada tanto en mujeres como en hombres ( $Alpha = 0.91$ ). Este índice es similar al obtenido en otros estudios, en los cuales se han encontrado coeficientes *Alpha de Cronbach* entre 0.85 y 0.90 (Cheng et al., 1999; Frost et al., 1990; Parker & Adkins, 1995; Stöber, 1998). Los resultados obtenidos en la correlación reactivo-total también mostraron que tanto en hombres como en mujeres los 35 reactivos correlacionaron significativamente con la puntuación total de la MPS-F, lo cual indica que los reactivos de la MPS-F son homogéneos, es decir, están evaluando el mismo constructo.

En el caso de las mujeres se conservó la estructura de seis factores que coincidieron en gran medida con los derivados en la versión original (véase Tabla 9). Los seis factores obtenidos en el presente estudio explicaron el 49.30%, dato ligeramente menor al encontrado en el estudio original (53.60%). Respecto a los factores derivados se observó que en ambos estudios *Preocupación por los Errores* fue el factor que explicó una mayor cantidad de varianza. El segundo factor que se derivó en ambos estudios fue *Organización*, en la presente investigación también explicó una menor cantidad de varianza que en el estudio original, no obstante se replicó totalmente

la estructura del factor original. Estos resultados coinciden con los datos obtenidos por otros investigadores que han evaluado la estructura factorial de la MPS-F en muestras de mujeres, debido a que también han encontrado que *Preocupación por los Errores* es el primer factor que se deriva y que la estructura del factor *Organización* se conserva íntegra (Cheng et al., 1999; Parker & Adkins, 1995; Rhéaume et al., 1995).

Tabla 9. Estructura factorial y consistencia interna de la MPS-F obtenidas en la versión original y en la presente investigación.

MPS-F	Frost et al. (1990)		Mujeres		Hombres	
	% <i>varianza</i>	<i>Alpha</i>	% <i>varianza</i>	<i>Alpha</i>	% <i>varianza</i>	<i>Alpha</i>
Preocupación por los errores	22.50	0.88	15.72	0.88	13.80	0.86
Organización	12.50	0.93	8.64	0.77	8.89	0.79
Indecisión de acción	2.80	0.77	7.10	0.69	7.63	0.68
Estándares personales	6.60	0.83	6.64	0.71	7.99	0.78
Expectativas de los padres	5.40	0.84	6.43	0.66	-----	-----
Críticas paternas	3.80	0.84	4.77	0.65	-----	-----
Total	53.60	-----	49.30	0.91	38.31	0.91

En relación a los factores *Indecisión de Acción*, *Estándares Personales*, *Expectativas Paternas* y *Críticas Paternas* derivados en la presente investigación se observa que explicaron una cantidad de varianza mayor en relación a los factores obtenidos en la versión original y en otros estudios (Cheng et al., 1999; Parker & Adkins, 1995), aún cuando agruparon un menor número de reactivos.

En general, la consistencia interna de los factores derivados en mujeres fue aceptable. Tanto en la presente investigación como en el estudio original *Preocupación por los Errores* obtuvo la mayor consistencia interna, *Alpha* = 0.88 en ambos casos; mientras que la consistencia interna de los factores *Organización*, *Indecisión de Acción*,

*Estándares Personales, Expectativas Paternas y Críticas Paternas* fue menor en comparación con los factores de la versión original.

Los resultados del análisis factorial realizado en la muestra de hombres se contrastan con la estructura factorial derivada en la muestra de mujeres y con los resultados de la versión original de la MPS-F, con las reservas que ello implica, debido a que la estructura factorial de dicha escala no se ha evaluado en muestras de varones.

La estructura factorial de la MPS-F en varones mexicanos incluyó cuatro factores, los cuales explicaron el 38.31% de la varianza total (véase Tabla 9). Los dos primeros factores que se derivaron fueron *Preocupación por los Errores* y *Organización*, igual que en la muestra de mujeres y en el estudio original. El factor *Preocupación por los Errores* explicó la mayor cantidad de varianza (13.80%) y mostró una consistencia interna adecuada ( $Alpha = 0.86$ ), estos datos son ligeramente menores que los resultados obtenidos en las mujeres; no obstante, confirman la importancia de la preocupación ante la posibilidad de cometer errores como un componente esencial en el estudio de la conducta perfeccionista.

El factor *Organización* agrupó todos los reactivos del factor original, igual que en el caso de las mujeres y la versión original. La cantidad de varianza explicada y la consistencia interna de este factor fueron similares a los resultados obtenidos en la muestra de mujeres y menores a los datos de la versión original. El tercer factor agrupó los reactivos que evalúan el establecimiento de *Estándares Personales*, la cantidad de varianza explicada y la consistencia interna fueron ligeramente mayores a los resultados obtenidos en la muestra de mujeres. El último factor obtenido en la muestra de hombres fue *Indecisión de Acción*, la cantidad de varianza explicada y la consistencia interna son similares a los obtenidos en el caso de las mujeres. La cantidad de varianza explicada por los últimos dos factores es mayor en comparación con los factores originales, mientras que la consistencia interna es menor.

Es importante destacar que en el caso de los hombres los factores *Críticas Paternas* y *Expectativas Paternas* no se conformaron. Estos resultados sugieren

diferencias de género en cuanto a los principales componentes de la conducta perfeccionista propuestos por Frost et al. (1990). Una posible explicación es que en la cultura mexicana la opinión y los comentarios de los padres es percibida de manera diferente por los hombres y las mujeres. Algunas investigaciones han mostrado que las mujeres valoran sus logros en función de la opinión de los demás, mientras que en los hombres la opinión de los demás, en particular la de sus padres, no influye de manera importante (Lara, 1993; Mercado & Luna, 2003).

En la validación realizada por Cheng et al. (1999), quienes incluyeron mujeres y hombres en su muestra, también se encontró que el factor *Críticas Paternas* no se conformó. Los autores explicaron este resultado en función de posibles diferencias socioculturales. En general, los jóvenes orientales perciben pocas críticas desfavorables por parte de sus padres, y cuando reciben este tipo de críticas son interpretadas positivamente debido a que consideran que son una forma de cuidado. Este resultado también puede deberse a que el análisis factorial se realizó con la muestra total, atendiendo a que en el presente estudio se encontraron diferencias importantes entre hombres y mujeres quizá es necesario que en población China se realice un análisis factorial para cada género.

El análisis de la estructura factorial obtenida en ambos géneros muestra que *Preocupación por los Errores* fue el factor que explicó un mayor porcentaje de la varianza total y obtuvo mayor consistencia interna en comparación con los otros factores derivados. Estos resultados sugieren que es el componente más importante de la conducta perfeccionista, de hecho diversos estudios han mostrado que la preocupación ante la posibilidad de cometer errores se asocia en mayor medida con psicopatología (Cheng et al., 1999; Hewitt, Flett & Ediger, 1996; Frost et al., 1990); este dato contradice las diferentes definiciones que enfatizan el establecimiento de metas personales excesivamente altas como característica principal del perfeccionismo.

Finalmente, se recomienda realizar más investigaciones que aporten evidencia acerca de las propiedades psicométricas de la MPS-F en población mexicana. Por

ejemplo, en la presente investigación sólo se trabajó con muestra comunitaria, particularmente estudiantes, por lo que sería importante incluir muestras clínicas, es decir, personas con trastornos en los que el perfeccionismo es una característica relevante (e.g. Ansiedad, Depresión, Trastorno Obsesivo-compulsivo, TCA).

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten realizar las siguientes conclusiones:

- La consistencia interna para el total de la escala y los factores derivados fue adecuada tanto en las mujeres como en los hombres.
- En el caso de las mujeres se identificó una estructura de seis factores que coinciden en gran medida con los factores de la versión original.
- En la muestra de hombres se estableció una estructura de cuatro factores, en este caso los factores relacionados con la influencia de los padres no se conformaron.
- *Preocupación por los errores* mostró ser el principal componente de la conducta perfeccionista, debido a que fue el factor que explicó la mayor cantidad de varianza y obtuvo la mejor consistencia interna tanto en las mujeres como en los hombres.
- La MPS-F puede ser una medida útil para la evaluación de la conducta perfeccionista en adolescentes mexicanos, debido a que los valores de consistencia interna y validez factorial son adecuados tanto para el total de la escala como para los factores que la conforman.

## Segundo estudio. Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario.

**Objetivo:** Evaluar si los componentes del perfeccionismo caracterizan a las personas con TCA o con la sintomatología del trastorno y si algún componente es relevante para explicar los síntomas de TCA o factores socioculturales asociados a estas psicopatologías.

## MÉTODO

### Muestra Comunitaria

La muestra fue no probabilística de tipo intencional. Participaron de manera voluntaria 968 estudiantes de la zona metropolitana de la Ciudad de México (véase Cuadro 3), 555 mujeres (57.34%) y 413 hombres (42.66%), 569 de escuelas secundarias (58.78%) y 399 de escuelas preparatorias (41.22%).

Cuadro 3. Composición de la muestra comunitaria del estudio

	Nivel escolar	Edad	
		$\bar{X}$	DE
Mujeres (n = 555)	Secundaria (n = 307)	13.45	1.04
	Preparatoria (n = 248)	16.11	1.12
Hombres (n = 413)	Secundaria (n = 262)	13.42	1.02
	Preparatoria (n = 151)	16.34	1.38

### Muestra Clínica

Estuvo conformada por 74 mujeres con TCA (BN = 27 y TANE = 47). Cuarenta y cinco mujeres fueron diagnosticadas de la muestra comunitaria (60.81%). Diecinueve (25.67%) fueron diagnosticadas en el Proyecto de Investigación en Nutrición de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en el periodo comprendido entre los años 2002-2005, y diez

mujeres fueron diagnosticadas en una clínica de trastornos alimentarios (13.51%) cuando acudieron a solicitar consulta (véase Cuadro 4). También participaron 74 mujeres de la muestra comunitaria que fueron seleccionadas aleatoriamente considerando las características sociodemográficas de las mujeres con TCA, y que por medio de la entrevista de diagnóstico confirmó la ausencia de algún TCA para que formaran parte del grupo control.

Cuadro 4. Composición de la muestra clínica

Diagnóstico	Edad		Procedencia	
	$\bar{X}$	DE		
Bulimia Nerviosa (BN)	19.25	4.33	Escuelas	(n = 8)
			Proyecto de Investigación	(n = 12)
			Clínica	(n = 7)
Trastorno del Comportamiento Alimentario no Específico (TANE)	16.57	3.42	Escuelas	(n = 37)
			Proyecto de Investigación	(n = 7)
			Clínica	(n = 3)

### Definición de variables

En el Cuadro 5 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables consideradas en la presente investigación.

### Diseño

Se empleó un diseño no experimental debido a que no se manipularon las variables independientes, ya habían acontecido sus manifestaciones (cf. Kerlinger & Lee, 2002). Se compararon grupos con sintomatología de TCA y sin sintomatología, así como grupos con BN, TANE y grupos sin TCA. Asimismo, evaluó la relación entre los componentes de la conducta perfeccionista y los síntomas de TCA.

Cuadro 5. Definición conceptual y operacional de las variables (*Continúa*).

<b>Variab</b> les	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Componentes de la conducta perfeccionista</b>		
Preocupación por los errores*	Tendencia a valorar los errores como fracasos y a creer que se perderá el respeto de las personas si se cometen errores (Frost et al, 1990).	Se empleó la puntuación de la subescala preocupación por los errores de la MPS-F
Organización*	Realizar todas las actividades con excesiva meticulosidad y tendencia a mantener el orden (Frost et al, 1990).	Se evaluó con la puntuación de la subescala organización de la MPS-F
Estándares personales*	Establecer metas personales inalcanzables (Frost et al, 1990).	Se midió a través de la puntuación de la subescala estándares personales de la MPS-F
Indecisión de acción*	Realizar las actividades una y otra vez debido a que se considera que no son realizadas correctamente (Frost et al, 1990).	Se consideró la puntuación de la subescala indecisión de acción de la MPS-F
Expectativas paternas**	La persona cree que sus padres establecen metas muy altas para ella (Frost et al, 1990).	Se utilizó la puntuación de la subescala expectativas paternas de la MPS-F
Críticas paternas**	La persona percibe que no puede cumplir con las metas que sus padres establecen para ella (Frost et al, 1990).	Se evaluó con la puntuación de la subescala críticas paternas de la MPS-F
<b>Síntomas de trastorno del comportamiento alimentario</b>		
Restricción Alimentaria**	Evitación intencional de la ingestión de alimentos con el propósito de adelgazar. Incluye la realización de dietas restrictivas y práctica de ayuno (Alvarez, Mancilla & Vázquez, 2000).	Se midió con la subescala restricción alimentaria del Test de Actitudes Alimentarias (EAT).
Insatisfacción corporal*	Alteración psicológica que presenta una persona debido a la inconformidad que experimenta con la forma y peso corporales (Garner, 1998; Garner et al., 1983).	Se consideró la puntuación total del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ).
Malestar con la imagen corporal*	Inconformidad que una persona manifiesta debido a que considera que la forma y el tamaño de su cuerpo no son adecuados (Velázquez, 2003).	Se utilizó la puntuación total de la subescala malestar con la imagen corporal del BSQ.
Motivación para adelgazar*	Deseo mórbido por bajar de peso y desmesurado temor a ganarlo; así como excesiva preocupación por la dieta y el peso corporal (Bruch, 1982; Garner, 1998; Garner et al. 1983).	Se evaluó con la puntuación de la subescala motivación para adelgazar del EAT.
Preocupación por la comida**	Presencia de pensamientos obsesivos respecto a la comida, particularmente en cuanto a las porciones y el contenido calórico de los alimentos que se consumen (Alvarez et al., 2000).	Se empleó la puntuación de la subescala preocupación por la comida del EAT.

*Nota:* \* Variables evaluadas en ambos géneros, \*\* variables evaluadas sólo en las mujeres, \*\*\* variables evaluadas sólo en los hombres.

Cuadro 5 (Continuación). Definición conceptual y operacional de las variables.

<b>Variabes</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Atracón alimentario*	Ingestión de una gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo experimentando una sensación de pérdida de control sobre qué y cuánto se come (APA, 2000).	Se utilizó la puntuación de la subescala atracón alimentario del Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés).
Conductas compensatorias*	Provocación del vómito, empleo de laxantes y/o diuréticos, realización de ayunos o ejercicio en exceso con la finalidad de controlar el peso corporal (APA, 2000).	Se evaluaron con la puntuación en la subescala conductas compensatorias del BULIT.
Sentimientos negativos*	Sentimientos negativos, de malestar, ansiedad o culpa, posteriores a que se presentó el atracón alimentario (APA, 2000).	Se consideró la puntuación en la subescala sentimientos negativos del BULIT.
Control alimentario y ejercicio***	Restricción de alimentos engordantes y práctica de ejercicio con la finalidad de obtener una figura más estética.	Se consideró la puntuación de la subescala control alimentario del EAT
<b>Factores socioculturales</b>		
Influencia de la publicidad*	Interés que despierta la publicidad relacionada con productos o métodos para bajar de peso (Vázquez, Alvarez & Mancilla, 2000).	Se evaluó con la puntuación de la subescala Influencia de la publicidad de Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC).
Influencia de las relaciones sociales*	Contribución de los amigos para que una persona interiorice los modelos estéticos vigentes (Vázquez et al., 2000)	Se consideró la puntuación de la subescala influencia de las relaciones sociales del CIMEC.
Influencia de los modelos estético corporales**	Interés que despiertan los cuerpos de actrices y los modelos publicitarios como ideales de belleza (Vázquez et al., 2000).	Se consideró la puntuación en la subescala Influencia de los modelos sociales del CIMEC.
Influencia de la figura musculosa***	Interés que despierta el cuerpo musculoso y realización de actividades para alcanzar este modelo estético (Velázquez, 2003).	Se midió con la puntuación total de la subescala influencia de la figura musculosa del CIMEC.
Influencia de la figura de delgadez***	Interiorización de la figura delgada y predisposición a establecer relaciones sociales con personas delgadas (Velázquez, 2003).	Se utilizó la puntuación total de la subescala influencia de la figura de delgadez del CIMEC.

Nota: \* Variables evaluadas en ambos géneros, \*\* variables evaluadas sólo en las mujeres, \*\*\* variables evaluadas sólo en los hombres.

## Tipo de investigación

La investigación realizada fue de tipo transversal debido a que se evaluaron las características de la muestra en un momento dado, sin pretender evaluar su evolución (cf. Kerlinger & Lee, 2002; Méndez, Namihira, Moreno & Sosa, 2001).

## Instrumentos

**Cuestionario de Actitudes Alimentarias** (EAT-40, por sus siglas en inglés), autoreporte diseñado para evaluar la presencia de síntomas y características de los TCA (Garner & Garfinkel, 1979), está conformado por 40 preguntas con seis opciones de respuesta. El EAT-40 fue adaptado a población mexicana en el Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala, UNAM considerando la traducción realizada en España por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Fue validado en mujeres mexicanas por Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitre (2002), quienes encontraron una consistencia interna buena ( $Alpha = 0.90$ ), establecieron un punto de corte  $\geq 28$ . En una muestra clínica Alvarez et al. (2004) identificaron una estructura de cinco factores: Restricción alimentaria, Motivación para adelgazar, Bulimia, Preocupación por la comida y Presión social percibida. En el presente estudio el factor bulimia no se consideró debido a que se empleó un instrumento más completo para evaluar conductas bulímicas (Test de Bulimia), el factor presión social percibida tampoco fue considerado debido a que no es un síntoma de los TCA. La validación del EAT en hombres mexicanos fue realizada por Saucedo (2004) quién encontró que la consistencia interna del EAT-40 fue aceptable ( $Alpha = 0.72$ ) e identificó cinco factores: Motivación para adelgazar, Presión social percibida, Conductas compensatorias, Control alimentario y ejercicio y Estilos alimentarios. En esta investigación no se consideró el factor conductas compensatorias debido a que dichas conductas son evaluadas con el BULIT, tampoco se incluyeron los factores presión social percibida y estilos alimentarios porque no son síntomas de los TCA.

**Test de Bulimia (BULIT)** (BULIT, por sus siglas en inglés), cuestionario elaborado para evaluar síntomas de BN (Smith & Thelen, 1984). Está conformado por 36 preguntas con una escala de cinco opciones de respuesta. Este cuestionario fue adaptado en el Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES-Iztacala, UNAM a partir de traducción realizada por Mora (1992). En la validación para mujeres mexicanas se obtuvo una consistencia interna buena ( $Alpha = 0.88$ ) y se derivaron tres factores: Atracón, Sentimientos negativos posteriores al atracón y Conductas compensatorias (Alvarez, Mancilla & Vázquez, 2000). Asimismo, se estableció un punto de corte  $\geq 85$  (Alvarez, 2000). El BULIT fue validado para población masculina por Alvarez (manuscrito no publicado) quien encontró que la consistencia interna de este instrumento fue de  $Alpha = 0.81$  y derivó una estructura de tres factores: Atracón, Conductas compensatorias y Sentimientos negativos posteriores al atracón.

**Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F)** (MPS-F, por sus siglas en inglés), autoreporte diseñado con la finalidad de evaluar la conducta perfeccionista desde una perspectiva multidimensional (Frost et al., 1990). La MPS-F fue validada para población mexicana en el primer estudio de la presente investigación, encontrándose una consistencia interna adecuada ( $Alpha = 0.91$ ) en ambos géneros y una estructura de seis factores para mujeres (preocupación por los errores, organización, indecisión de acción, estándares personales, expectativas de los padres y críticas paternas) y cuatro factores para hombres (preocupación por los errores, organización, indecisión de acción, estándares personales).

**Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)** (BSQ, por sus siglas en inglés), creado con la finalidad de evaluar la autopercepción respecto a la imagen corporal e identificar la presencia de insatisfacción corporal (Cooper, Taylor & Fairburn, 1987). El BSQ está conformado por 34 preguntas con seis opciones de respuesta. Este instrumento fue adaptado a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES- Iztacala, UNAM considerando la traducción realizada en España por Raich et al. (1996). La validación en mujeres mexicanas fue realizada por Galán (2004), quien encontró una consistencia interna excelente ( $Alpha = 0.98$ ), estableció un punto de

corte  $\geq 110$  y una estructura de 2 factores, denominados Malestar con la imagen corporal e Insatisfacción corporal. Este cuestionario no ha sido validado en población masculina, no obstante ha mostrado que permite diferenciar entre hombres con y sin sintomatología de TCA (Mateo, 2002) y en el presente estudio se calculó la consistencia interna en la muestra de hombres y se obtuvo un coeficiente *Alpha* de 0.93.

**Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)**, elaborado para medir la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético vigente (Toro, Salamero & Martínez, 1994). Está conformado por 40 reactivos con tres opciones de respuesta, cuenta con una versión para mujeres y una versión para varones. En mujeres mexicanas fue adaptado por el Pproyecto de Investigación en Nutrición de la FES- Iztacala, UNAM y validado por Vázquez et al. (2000), quienes encontraron una consistencia interna buena (*Alpha* = 0.94) y derivaron una estructura de cuatro factores: Influencia de la publicidad, Malestar con la imagen corporal, Influencia de los modelos estético corporales e Influencia de las relaciones sociales. La validación del CIMEC en hombres mexicanos fue realizada por Velázquez (2003) quien encontró una consistencia interna buena (*Alpha* = 0.90) y estableció una estructura de cinco factores: Influencia de la publicidad, Influencia de la figura de delgadez, Malestar con la imagen corporal, Influencia de la figura musculosa e Influencia de las relaciones sociales. En la presente investigación no se consideró el factor Malestar con la imagen corporal debido a que este aspecto fue evaluado de manera más específica con el BSQ.

**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) con el objetivo de detectar y diagnosticar TCA. La IDED está dividida en cuatro apartados: a) Historia general del problema, incluye preguntas que evalúan la historia del peso corporal, curso del TCA, complicaciones médicas y reacción de la familia; b) Anorexia Nerviosa, evalúa si la persona presenta motivación para adelgazar, miedo a aumentar de peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea; c) Bulimia nerviosa, incluye preguntas que evalúan los atracones, pérdida de control

durante los atracones y conductas compensatorias; y d) Trastorno por atracón, evalúa la presencia y frecuencia de atracones, el tipo de alimentos consumidos durante el atracón así como los sentimientos experimentados antes, durante y después del atracón. Es una entrevista semiestructurada cuya duración puede fluctuar entre una y dos horas. Las preguntas de la IDEED están basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994)<sup>2</sup>. La validez de contenido de la IDEED fue evaluada por Kutlesic et al., (1998) quienes encontraron que los diez expertos que evaluaron la entrevista la calificaron favorablemente. Asimismo, encontraron que la IDEED correlacionó con el factor dieta del EAT ( $r = 0.60$ ), atracón y vómito del BULIT ( $r = 0.68$  en ambos casos). Esta entrevista fue adaptada a población mexicana en el Proyecto de Investigación en Nutrición de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

#### Procedimiento

La evaluación de la muestra comunitaria se llevó a cabo en las instalaciones de las instituciones educativas y se realizó en tres sesiones:

**Sesión 1.- Aplicación de cuestionarios:** Se llevó a cabo de manera grupal y en las aulas de clase de cada institución educativa. Se expusieron los objetivos de la investigación a los estudiantes y se solicitó su cooperación, garantizándoles la confidencialidad de sus resultados. A cada participante se le entregó un paquete que contenía el EAT y el BULIT, se leyeron las instrucciones de cada cuestionario y se indicó que deberían contestarlos individualmente.

**Sesión 2.- Aplicación de cuestionarios:** Siguiendo el mismo procedimiento de la primera sesión se aplicaron los cuestionarios MPS-F, BSQ y CIMEC.

**Sesión 3.- Entrevista de Diagnóstico:** Empleando la IDEED se entrevistó a las personas que en el EAT y/o el BULIT obtuvieron una puntuación total mayor o igual al punto de corte establecido para población mexicana ( $EAT \geq 28$ ,  $BULIT \geq 85$ ).

---

<sup>2</sup> Debido a que los criterios de diagnóstico para los TCA no cambiaron en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se consideró adecuado trabajar con la IDEED.

Considerando la edad, el género y el nivel de estudios de las personas que habían rebasado el punto de corte de algún instrumento, se seleccionó aleatoriamente, empleando el paquete estadístico SPSS, un número equivalente de personas que no habían rebasado el punto de corte de los instrumentos. Este grupo de personas fue entrevistado con la finalidad de descartar la presencia de algún TCA y fue considerado como grupo control. Las entrevistas fueron realizadas por dos especialistas en el estudio de los TCA, quienes no conocían la puntuación que la persona entrevistada había obtenido en el EAT y/o el BULIT. Para el análisis y el diagnóstico de la entrevista se consideraron los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Las personas que diagnosticadas en el PIN fueron evaluadas de manera individual, en las dos primeras sesiones contestaron la batería de instrumentos (EAT, BULIT, MPS-F, BSQ y CIMEC) y en la tercera sesión dos especialistas en el estudio de los TCA realizaron la entrevista de diagnóstico sin conocer las puntuaciones que la persona había obtenido en los cuestionario. Las pacientes evaluadas en la Clínica de TCA contestaron los cuestionarios en sus primeras visitas a la clínica y el director de la clínica proporcionó el diagnóstico, el cual se corroboró analizando el expediente de cada participante.

Al finalizar la aplicación se entregó un informe por escrito a cada institución educativa y se ofreció una plática sobre TCA para los estudiantes, profesores y padres de familia. Todos los casos que fueron detectados con un TCA, tanto en las instituciones educativas como en el PIN, fueron canalizados a clínicas especializadas para su tratamiento.

#### Análisis de resultados

- Se empleó una prueba *t* de Student para evaluar si existían diferencias entre personas con puntuaciones altas en la MPS-F y personas con puntuaciones bajas, en cuanto a los síntomas de TCA y factores socioculturales asociados a los mismos.

- Se empleó una prueba *t* de Student para evaluar si existían diferencias entre estudiantes de secundaria y estudiantes de preparatoria en cuanto a la puntuación total de los instrumentos de la batería.
- Se empleó una prueba *t* de Student para evaluar si existían diferencias entre los hombres con y sin sintomatología de TCA en cuanto a los componentes de perfeccionismo.
- Se empleó un *ANCOVA* (controlando la edad) para evaluar si existían diferencias significativas, en cuanto a los componentes de perfeccionismo, entre las mujeres de secundaria y preparatoria con y sin sintomatología de TCA, y entre mujeres con BN, TANE y sus respectivos grupos control.
- Se calculó el coeficiente de *r* de Pearson para evaluar el grado de asociación entre los componentes de perfeccionismo y síntomas de TCA, así como con algunos factores socioculturales asociados a los mismos, evaluados mediante el EAT, BULIT, BSQ y CIMEC.
- Se realizó un Análisis de Regresión Lineal Múltiple para evaluar si los componentes de perfeccionismo (variables independientes) explicaban síntomas de TCA o factores socioculturales asociados a los mismos (variables criterio).
- Se realizó un Análisis de Regresión Lineal Múltiple para evaluar si los componentes de perfeccionismo al interactuar con algunos síntomas de TCA o con los factores socioculturales (variables independientes) explicaban síntomas específicos de TCA (variables criterio).

## RESULTADOS

### Diferencias entre personas con perfeccionismo alto y bajo

Para identificar a las mujeres y los hombres con *Perfeccionismo Alto* (PA) y *Perfeccionismo Bajo* (PB) de la muestra comunitaria en primer lugar se verificó si las puntuaciones de la MPS se distribuían normalmente para cada género, para lo cual se realizó la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. La Figura 6 muestra la distribución de frecuencias de las mujeres, quienes obtuvieron una puntuación promedio de 112.7 (D.E.=23.38); en el caso de los hombres (véase la Figura 7) la puntuación promedio fue 112.4 (D.E.=24.17). Los resultados de la prueba *Kolmogorov-Smirnov* mostraron que las puntuaciones totales de la MPS se distribuyeron de una forma similar a la distribución normal tanto en las mujeres como en los hombres ( $D = 0.03$ ;  $0.04$  respectivamente, n/s).

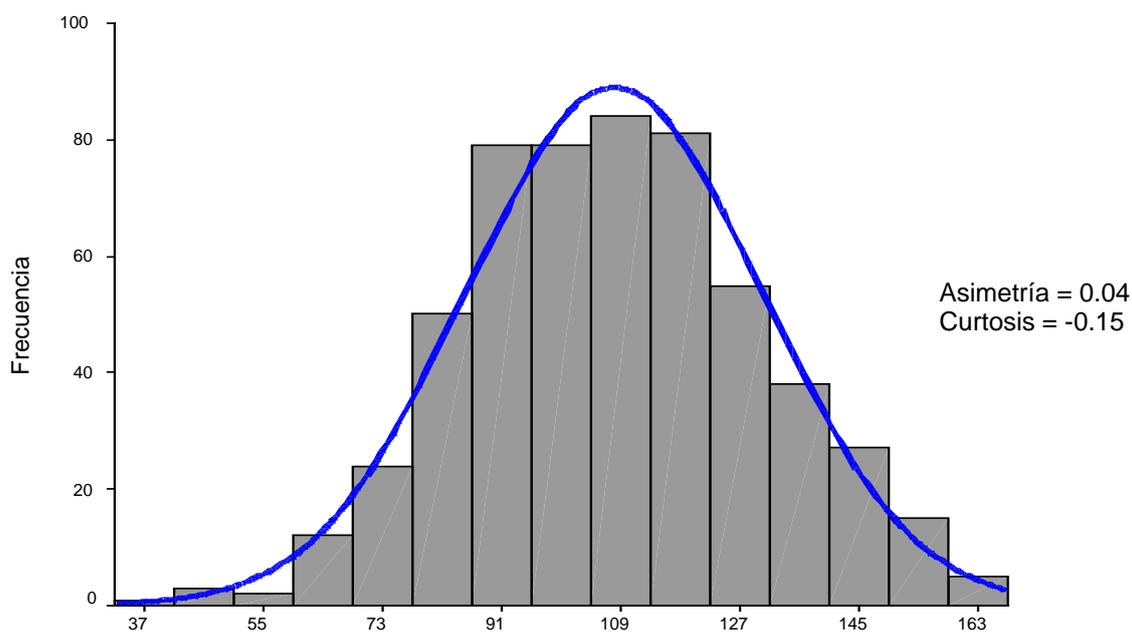


Figura 6. Distribución de frecuencias de la puntuación total obtenida por las mujeres en la MPS.

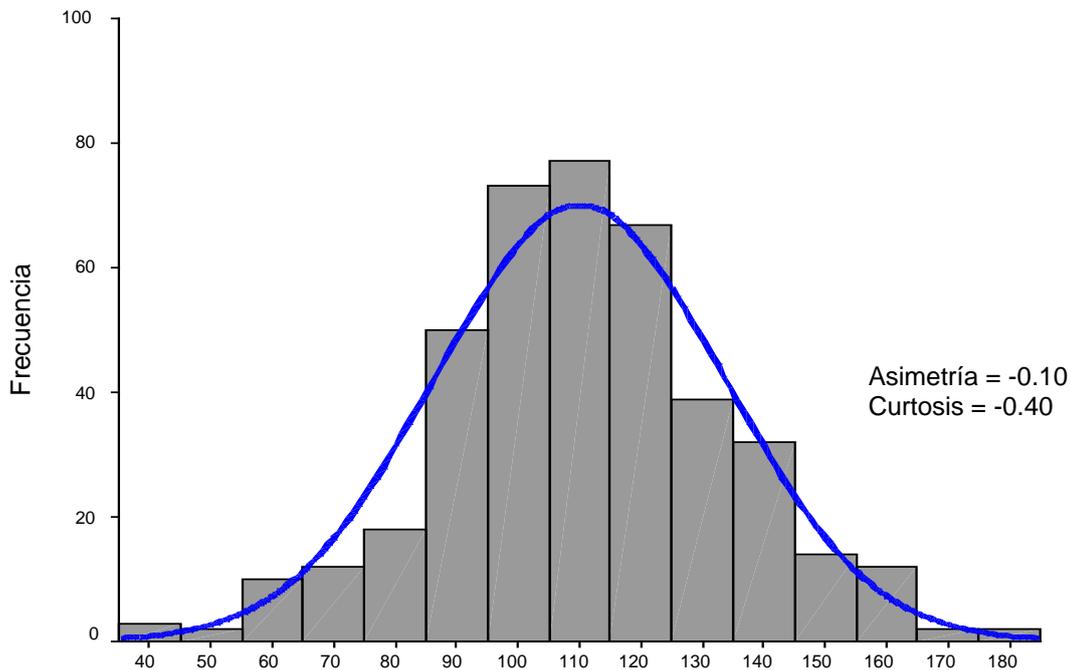


Figura 7. Distribución de frecuencias de la puntuación total obtenida por los hombres en la MPS.

Para seleccionar a las personas que presentaban PA o PB se empleó el criterio propuesto en la investigación realizada por Vohs et al. (2001), las personas que obtuvieron puntuaciones totales superiores a 1.5 desviaciones estándar en la MPS-F se consideró que presentaban PA y las personas con puntuaciones menores a 1.5 desviaciones estándar presentaban PB. Las mujeres con una puntuación total en la MPS-F mayor a 141 fueron consideradas con PA y con una puntuación menor a 74 fueron consideradas con PB. Considerando estos parámetros 60 mujeres formaron parte del grupo con PA y 34 mujeres conformaron el grupo con PB. Los hombres que obtuvieron una puntuación total mayor a 145 formaron parte del grupo con PA ( $n = 30$ ) y quienes obtuvieron puntuaciones menores a 74 formaron el grupo con PB ( $n = 27$ ).

Posteriormente se realizó una prueba  $t$  para muestras independientes con el objetivo de comparar las puntuaciones obtenidas por las mujeres con PA y las mujeres con PB en los instrumentos EAT, BULIT, BSQ y CIMEC. Como se observa en la Tabla 10, las mujeres con PA obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en todos los instrumentos y sus subescalas en comparación con las mujeres que presentaron PB.

Tabla 10. Prueba *t* entre las mujeres con perfeccionismo alto y las mujeres con perfeccionismo bajo.

Nivel de perfeccionismo	EAT				BULIT				BSQ			CIMEC			
	RA	MA	PC	Total	A	SENEG	COCOM	Total	MIC	IC	Total	PUB	MODEST	RELSOC	Total
<b>Alto</b>															
$\bar{X}$	3.65	4.88	2.07	24.15	20.98	17.10	5.70	75.28	35.54	23.12	100.50	9.91	5.19	3.33	31.30
<i>DE</i>	(1.56)	(1.57)	(1.25)	(11.91)	(16.11)	(8.77)	(2.34)	(12.12)	(17.84)	(10.39)	(35.36)	(3.93)	(2.44)	(1.12)	(12.31)
<b>Bajo</b>															
$\bar{X}$	0.85	0.82	0.50	11.62	16.94	12.71	4.68	61.12	19.35	12.74	55.06	1.70	1.57	1.57	9.73
<i>DE</i>	(0.24)	(0.33)	(0.13)	(5.05)	(9.84)	(5.66)	(1.22)	(2.08)	(10.71)	(5.90)	(24.07)	(0.49)	(0.24)	(0.32)	(3.59)
<i>t</i>	3.65	5.07	4.53	5.76	2.89	3.86	2.14	4.39	5.89	5.27	5.86	6.40	5.89	3.88	6.54
<i>p</i>	.001	.001	.001	.001	.01	.001	.05	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001

*Nota.* Restricción alimentaria (RA), Motivación para adelgazar (MA), Preocupación por la comida (PC), Atracón (A), Sentimientos negativos posteriores al atracón (SENEG), Conductas compensatorias (COCOM), Malestar por la imagen corporal (MIC), Insatisfacción corporal (IC), Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de los modelos estético corporales (MODEST), Influencia de las relaciones sociales (RELSOC).

Es decir, las mujeres con PA se caracterizaron por presentar mayor motivación para adelgazar, restricción alimentaria, preocupación por la comida, atracones, sentimientos negativos relacionados con el atracón, insatisfacción corporal, influencia de los medios de comunicación y las relaciones sociales. Cabe destacar que la puntuación total que las mujeres con PA obtuvieron en el BSQ y el CIMEC fue más del doble de la puntuación obtenida por las mujeres con PB, y en el BSQ la puntuación de las mujeres con PA se acercó al punto de corte establecido para población mexicana (110).

En el caso de los hombres se encontró que quienes presentaron PA obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los hombres con PB en cuanto a malestar con la imagen corporal, motivación para adelgazar, atracón e influencia de la publicidad, de la figura delgada, de la figura muscular y de las relaciones sociales (véase Tabla 11). Esto quiere decir que los hombres con PA presentaron algunas conductas de riesgo para el desarrollo de los TCA y mayor influencia de los modelos sociales que promueven un cuerpo delgado o musculoso.

#### **Diferencias entre personas con y sin sintomatología de TCA en cuanto a los componentes de la conducta perfeccionista.**

En primer lugar se realizó una comparación entre las mujeres de secundaria y preparatoria en cuanto a la puntuación total de los cuestionarios que conformaron la batería de instrumentos (véase Tabla 12). Los resultados de la prueba *t* para muestras independientes mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuatro de los cinco instrumentos aplicados (EAT, BSQ, CIMEC y MPS-F). En la MPS-F las mujeres de secundaria obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en comparación con las mujeres de preparatoria. Las puntuaciones del BSQ y el CIMEC fueron significativamente mayores en las mujeres de preparatoria en comparación con las mujeres de secundaria. Tomando en cuenta estas diferencias, las mujeres de secundaria y preparatoria se consideraron como grupos independientes en los análisis posteriores y la variable edad se incluyó como una covariante.

Tabla 11. Prueba *t* entre los hombres con perfeccionismo alto y los hombres con perfeccionismo bajo.

Nivel de perfeccionismo	EAT			BULIT				BSQ			CIMEC				
	MA	CA	Total	A	SENEG	COCOM	Total	MIC	IC	Total	PUB	FIGDEL	FIGMUS	RELSOC	Total
<b>Alto</b>															
$\bar{X}$	2.40	4.07	18.70	18.80	5.87	5.30	72.01	24.67	17.37	71.90	3.85	3.44	4.26	2.18	19.20
<i>DE</i>	(1.53)	(1.56)	(9.40)	(7.22)	(1.43)	(2.32)	(33.19)	(12.23)	(8.52)	(25.76)	(1.74)	(1.43)	(2.52)	(1.45)	(7.86)
<b>Bajo</b>															
$\bar{X}$	1.00	2.67	14.63	13.04	5.07	5.38	59.52	18.30	14.56	58.00	0.85	1.56	2.22	0.81	8.15
<i>DE</i>	(0.41)	(1.46)	(6.15)	(5.64)	(2.33)	(3.44)	(18.81)	(6.91)	(5.26)	(19.12)	(0.33)	(0.28)	(0.36)	(0.21)	(3.31)
<i>t</i>	2.05	1.91	2.22	4.01	1.44	0.16	3.30	2.14	1.40	1.78	3.69	3.66	3.21	2.77	3.38
<i>p</i>	.05	n/s	.05	.001	n/s	n/s	.01	.05	n/s	.05	.001	.001	.01	.01	.001

*Nota.* Motivación para adelgazar (MA), Control alimentario (CA), Estilos alimentarios (EA), Atracón (A), Sentimientos negativos posteriores al atracón (SENEG), Conductas compensatorias (COCOM), Malestar por la imagen corporal (MIC), Insatisfacción corporal (IC), Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de la figura delgada (FIGDEL), Influencia de la figura musculosa (FIGMUS), Influencia de las relaciones sociales (RELSOC)

Tabla 12. Prueba *t* entre la puntuación promedio obtenida por las mujeres de secundaria y preparatoria en los instrumentos.

Instrumentos	Secundaria n = 307		Preparatoria n = 248		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	<i>DE</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>		
EAT	17.99	(11.16)	15.49	(10.54)	2.15	N/s
BULIT	67.02	(15.04)	67.47	(16.26)	0.34	N/s
BSQ	75.57	(33.10)	81.18	(38.41)	1.49	.05
CIMEC	16.29	(14.42)	22.36	(15.73)	4.72	.001
MPS-F	112.99	(23.79)	101.81	(18.75)	4.69	.001

Se empleó la prueba *t* para muestras independientes para comparar las puntuaciones totales obtenidas por los hombres de secundaria y los hombres de preparatoria en cada uno de los instrumentos (véase Tabla 13). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al total de los instrumentos EAT, BULIT, BSQ, CIMEC y MPS-F. Por tal motivo en los análisis posteriores los hombres de secundaria y preparatoria se consideraron como un grupo.

Tabla 13. Prueba *t* entre la puntuación promedio de los instrumentos obtenida por los hombres de secundaria y preparatoria.

Instrumentos	Secundaria n = 262		Preparatoria n = 151		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	<i>DE</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>		
EAT	16.02	(7.33)	16.34	(7.27)	0.74	n/s
BULIT	64.14	(12.92)	61.61	(12.80)	1.40	n/s
BSQ	60.46	(21.63)	63.78	(25.37)	1.42	n/s
CIMEC	12.15	(8.33)	13.58	(9.01)	1.35	n/s
MPS-F	109.09	(24.61)	104.74	(20.43)	2.89	n/s

Considerando la puntuación total del EAT y/o del BULIT se identificó a las personas que presentaban sintomatología de TCA. Los resultados mostraron que 60 mujeres de secundaria (19.54%), 40 mujeres de preparatoria (16.13%), 37 hombres de

secundaria (14.12%) y 21 hombres de preparatoria (13.90%) obtuvieron puntuaciones totales en el EAT y/o el BULIT superiores al punto de corte, lo cual indicó presencia de sintomatología de TCA. Del total de participantes que no rebasaron el punto de corte del EAT y/o del BULIT se seleccionaron aleatoriamente, usando el paquete estadístico SPSS, 100 mujeres y 58 hombres (grupos sin sintomatología) con características sociodemográficas similares a las personas que presentaron sintomatología de TCA.

Se realizó un ANCOVA, empleando como covariante la variable edad, para comparar las puntuaciones de la MPS-F obtenidas por las mujeres con sintomatología y sin sintomatología de secundaria y preparatoria (véase Tabla 14). Se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el total de la MPS-F y cinco de sus subescalas. La prueba *Post Hoc (Bonferroni)* mostró que las mujeres con sintomatología de TCA, tanto de secundaria como de preparatoria, obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en el total de la MPS-F, *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción* y *Críticas paternas*, en comparación con sus respectivos grupos sin sintomatología de TCA. Asimismo, la puntuación de las mujeres con sintomatología de secundaria fue significativamente mayor que la puntuación de las mujeres con sintomatología de preparatoria en el total de la MPS-F, *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción* y *Críticas paternas*.

En la subescala que evalúa *Estándares personales*, las mujeres con sintomatología de TCA, tanto de secundaria como de preparatoria, obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las mujeres de los grupos sin sintomatología de TCA, y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres de secundaria o preparatoria con sintomatología. Respecto a la subescala *Expectativas paternas*, se encontró que la puntuación obtenida por las mujeres de secundaria con sintomatología fue significativamente mayor en comparación con el resto de los grupos. Cabe señalar que en la subescala *Organización* no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos.

Tabla 14. Análisis de varianza entre las mujeres con y sin sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario de acuerdo al nivel académico.

MPS-F	Secundaria				Preparatoria				F
	Sintomatología n = 60		Sin sintomatología n = 60		Sintomatología n = 40		Sin sintomatología n = 40		
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
Preocupación por los errores	39.82 <sub>a</sub>	(9.65)	31.45 <sub>b</sub>	(9.74)	31.93 <sub>b</sub>	(11.49)	25.30 <sub>c</sub>	(8.55)	18.97*
Organización	25.90	(4.18)	26.30	(3.48)	26.15	(4.96)	26.65	(4.33)	2.55
Indecisión de acción	14.17 <sub>a</sub>	(3.21)	11.60 <sub>b</sub>	(3.44)	12.62 <sub>b</sub>	(3.53)	9.23 <sub>c</sub>	(3.52)	18.49*
Estándares personales	15.33 <sub>a</sub>	(3.64)	12.25 <sub>b</sub>	(3.62)	14.50 <sub>a</sub>	(3.45)	12.95 <sub>b</sub>	(3.57)	5.54*
Expectativas paternas	15.85 <sub>a</sub>	(3.35)	14.73 <sub>b</sub>	(3.53)	14.95 <sub>b</sub>	(3.67)	13.48 <sub>b</sub>	(3.55)	5.44*
Críticas paternas	12.27 <sub>a</sub>	(3.12)	10.12 <sub>b</sub>	(3.95)	9.88 <sub>b</sub>	(3.67)	7.32 <sub>c</sub>	(3.29)	14.38*
Total	127.40 <sub>a</sub>	(18.82)	112.12 <sub>b</sub>	(19.20)	112.65 <sub>b</sub>	(19.65)	98.75 <sub>c</sub>	(19.88)	22.48*

Nota. Las medias en la misma fila que no comparten los subíndices difieren a un nivel \*p < .001 en la prueba *Post Hoc* de Bonferroni

En general, estos resultados indican que las mujeres con sintomatología de TCA presentaron mayores puntuaciones en cuanto a los componentes de perfeccionismo en comparación con las mujeres sin sintomatología de TCA. Además, las mujeres de secundaria con sintomatología se caracterizaron por presentar en mayor medida preocupación por los errores, indecisión de acción y críticas paternas que las mujeres de preparatoria con sintomatología.

Las puntuaciones obtenidas por los hombres con sintomatología y los hombres sin sintomatología se compararon empleando la prueba *t* para muestras independientes. Los resultados mostraron que los hombres con sintomatología obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres sin sintomatología en cuanto a la puntuación total de la MPS-F y las subescalas *Preocupación por los Errores e Indecisión de Acción* (véase Tabla 15).

Tabla 15. Prueba *t* para el total de la MPS-F y sus subescalas, en hombres con y sin sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario.

MPS-F	Sintomatología n = 58		Sin sintomatología n = 58		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE		
Preocupación por los errores	29.45	(10.78)	25.13	(10.30)	2.23	.05
Organización	21.00	(4.19)	21.26	(3.87)	.35	n/s
Indecisión de acción	19.19	(5.90)	17.07	(5.85)	1.97	.05
Estándares personales	22.33	(5.27)	23.13	(4.66)	.88	n/s
Total	119.43	(23.81)	111.49	(21.45)	1.92	.05

Nota. n/s: no significativo

#### **Diferencias entre personas con y sin TCA en cuanto a los componentes de la conducta perfeccionista.**

Para comparar las puntuaciones de la MPS-F entre las mujeres con BN, TANE y mujeres de los grupos sin trastorno se realizó un ANCOVA, controlando la variable

edad. Como se puede observar en la Tabla 16, 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*. De acuerdo a la prueba *Post Hoc* de *Bonferroni* se presentaron las siguientes diferencias entre los grupos. Las mujeres con BN o TANE obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en comparación con las mujeres de los grupos sin trastorno en las subescalas *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción*, *Críticas paternas* y el total de la MPS-F. Adicionalmente, las mujeres con BN obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las mujeres con TANE en la subescala *Preocupación por los errores*. En las subescalas *Organización*, *Estándares Personales* y *Expectativas Paternas* no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con y sin TCA.

#### **Correlación entre los componentes de perfeccionismo y síntomas de TCA en la muestra con sintomatología.**

Se calculó la correlación  $r$  de Pearson entre la MPS-F y los instrumentos EAT, BULIT, BSQ y CIMEC (véase anexo A2) en la muestra de mujeres con sintomatología. Cabe señalar que la subescala *Organización* de la MPS-F no se correlacionó significativamente con algún síntoma de TCA o factor sociocultural asociado a los mismos, mientras que las correlaciones obtenidas por *Estándares personales* y *Expectativas paternas* fueron débiles, es decir, menores a 0.30.

En la Tabla 17 sólo se presentan las correlaciones cuya magnitud fue mayor a 0.30. Como puede observarse, la puntuación total de la MPS-F, *Preocupación por los errores* y *Críticas Paternas* se asociaron con *Preocupación por la comida* del EAT. En el caso del BULIT se encontró que *Preocupación por los errores* correlacionó con la puntuación total de este instrumento y su factor *Sentimientos negativos posteriores al atracón*. *Indecisión de acción* también se asoció con la puntuación total de este instrumento y su factor *Atracón*. Estos resultados indican que cuando existe excesiva preocupación ante la posibilidad de cometer errores influye también están presentes los sentimientos negativos después de comer en exceso.

Tabla 16. Análisis de covarianza entre mujeres con y sin trastorno del comportamiento alimentario.

MPS-F	BN n = 27		Sin trastorno n = 27		TANE n = 47		Sin trastorno n = 47		F
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
Preocupación por los errores	40.19 <sub>a</sub>	(11.97)	25.68 <sub>c</sub>	(11.44)	34.54 <sub>b</sub>	(11.45)	28.13 <sub>c</sub>	(10.13)	9.52*
Organización	24.15	(6.35)	23.91	(3.88)	26.46	(3.76)	25.83	(3.62)	1.70
Indecisión de acción	13.46 <sub>a</sub>	(3.52)	8.68 <sub>b</sub>	(4.22)	12.07 <sub>a</sub>	(4.13)	9.52 <sub>b</sub>	(4.55)	6.72*
Estándares personales	13.58	(3.99)	13.00	(3.49)	14.80	(3.20)	13.25	(3.47)	2.24
Expectativas paternas	13.77	(4.15)	13.08	(3.68)	15.09	(3.87)	13.69	(3.59)	1.66
Críticas paternas	11.96 <sub>a</sub>	(4.07)	8.09 <sub>b</sub>	(3.93)	10.84 <sub>a</sub>	(3.38)	8.83 <sub>b</sub>	(3.94)	7.04*
Total	121.46 <sub>a</sub>	(24.58)	96.32 <sub>b</sub>	(21.22)	118.17 <sub>a</sub>	(20.92)	104.02 <sub>b</sub>	(22.77)	6.47*

*Nota.* Las medias en la misma fila que no comparten los subíndices difieren a un nivel \* $p < .001$  en la prueba *Post hoc* de Bonferroni

Tabla 17. Correlaciones entre la MPS-F y el EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en la muestra de mujeres con y sin sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario.

MPS	EAT		BULIT			BSQ			CIMEC	
	PC	Total	A	SENEG	Total	MIC	IC	Total	PUB	Total
Preocupación por los errores	.36*			.32*	.31*	.34*	.37*	.36*	.39*	.32*
Indecisión de acción			.30*		.31*		.31*	.30*	.32*	
Críticas paternas	.31*						.30*	.30*	.34*	
Total	.30*	.32*				.31*	.32*	.34*	.39*	.30*

Nota. \*  $p < .001$ , Preocupación por la comida (PC), Atracón (A), Sentimientos Negativos posteriores al atracón (SENEG), Malestar por la imagen corporal (MIC), Insatisfacción corporal (IC). Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de los modelos estético corporales(MODEST).

Respecto al BSQ se observó que la puntuación total de la MPS-F, *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción* y *Críticas Paternas* correlacionaron con el total de este instrumento y su factor *Insatisfacción corporal*. Sólo el total de la MPS-F y *Preocupación por los errores* se asociaron con el *Malestar con la imagen corporal* del BSQ. En cuanto al CIMEC se encontró que la puntuación total de la MPS-F, *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción* y *Críticas Paternas* correlacionaron con *Influencia de la publicidad* del CIMEC. Sólo *Preocupación por los errores* se asoció con *Influencia de los modelos estético corporales* del CIMEC. Estos resultados muestran que cuando una persona presenta excesiva preocupación por no cometer errores, duda de sus acciones y percibe críticas por parte de sus padres también se siente insatisfecha con la forma de su cuerpo y presenta mayor influencia de la publicidad prodelgadez. Finalmente, cabe destacar que la puntuación total de la MPS-F y la subescala *Preocupación por los errores* obtuvieron un número mayor de correlaciones superiores a 0.30.

También se calculó la correlación  $r$  de *Pearson* entre la MPS-F y los instrumentos EAT, BULIT, BSQ y CIMEC (véase anexo A3) en la muestra de hombres con

sintomatología. En general, la magnitud de las correlaciones fue débil, cabe señalar que *Organización y Estándares personales* obtuvieron las correlaciones más bajas y no fueron estadísticamente significativas. En la Tabla 18 sólo se presentan las correlaciones mayores a 0.30. *Preocupación por los errores* correlacionó con la puntuación total del BULIT, BSQ y CIMEC, así como con *Atracón y Sentimientos negativos posteriores al atracón del BULIT*, Insatisfacción corporal del BSQ e Influencia de la publicidad del CIMEC. Esto quiere decir que cuando un hombre se preocupa excesivamente por no cometer errores también pueden estar presentes los sentimientos negativos posteriores al atracón, sentirse insatisfecho con su cuerpo y ser vulnerable a la influencia de la publicidad. Respecto al total de la MPS-F se encontró que se asoció con la insatisfacción corporal, influencia de la publicidad e influencia de la figura de delgadez.

Tabla 18. Correlaciones entre la MPS-F y el EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en la muestra de hombres con y sin sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario.

MPS	BULIT			BSQ		CIMEC		
	A	SENEG	Total	IC	Total	PUB	FIGDEL	Total
Preocupación por los errores	.35 ***	.31 **	.36 ***	.33 ***	.30 **	.37 ***		.30 **
Total				.31 **		.35 ***	.30 **	

Nota. \*  $p < .001$ , Atracón (A), Sentimientos Negativos posteriores al atracón (SENEG), Insatisfacción corporal (IC). Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de la figura delgada (FIGDEL).

### Correlación entre los componentes de perfeccionismo y síntomas de TCA en la muestra con TCA.

Se calculó la correlación  $r$  de Pearson entre la MPS-F y los instrumentos EAT, BULIT, BSQ y CIMEC para la muestra clínica (véase anexo A4). Nuevamente la subescala *Organización* sólo obtuvo correlaciones negativas, las cuales no fueron estadísticamente significativas. La mayoría de las correlaciones obtenidas por las subescalas *Estándares personales* y *Expectativas paternas* fueron débiles ( $r < 0.30$ ) y no fueron estadísticamente significativas.

En la Tabla 19 se presentan las correlaciones cuya magnitud fue mayor a 0.30 y estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ). El total de la MPS-F, *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción* y *Críticas paternas* correlacionaron moderadamente con el total del EAT y tres de sus subescalas *Restricción alimentaria*, *Motivación para adelgazar* y *Preocupación por la comida*. *Preocupación por los errores* correlacionó en mayor medida con *Preocupación por la comida*, mientras que el total de la MPS-F, *Indecisión de acción* y *Críticas paternas* obtuvieron la mayor correlación con el total del EAT. El total de la MPS-F, *Preocupación por los errores* y *Críticas paternas* correlacionaron en mayor grado con la puntuación total del BULIT, mientras que *Indecisión de acción* obtuvo la mayor correlación con *Atracón*. Sólo el total de la MPS-F y *Preocupación por los errores* correlacionaron moderadamente con *Conductas compensatorias* del BULIT.

El total de la MPS-F, *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción* y *Críticas paternas* correlacionaron moderadamente con la puntuación total del BSQ y sus dos factores. En general, los componentes del perfeccionismo correlacionaron en mayor grado con la *Insatisfacción corporal* que con el *Malestar con la Imagen corporal*. *Preocupación por los errores* obtuvo la mayor correlación con estas dos subescalas.

Finalmente, la puntuación total de la MPS-F, *Preocupación por los errores*, *Indecisión de acción* y *Críticas paternas* obtuvieron correlaciones moderadas con el total del CIMEC y dos de sus subescalas, *Influencia de la publicidad* e *Influencia de los modelos estético corporales*. Las mayores correlaciones se presentaron entre *Preocupación por los errores* y la puntuación total del CIMEC y entre *Preocupación por los errores* e *Influencia de la publicidad*. *Indecisión de acción* fue el único componente de perfeccionismo que no correlacionó significativamente con la *Influencia de los modelos estético corporales*.

En general los resultados obtenidos en este análisis muestran que la *Preocupación por los errores* obtuvo las correlaciones de mayor magnitud (rango  $r = 0.38$  a  $0.56$ ) en comparación con *Indecisión de acción* (rango  $r = 0.30$  a  $0.41$ ), *Críticas paternas* (rango  $r = 0.32$  a  $0.45$ ) y la puntuación total de la MPS-F (rango  $r = 0.30$  a  $0.50$ ).

Tabla 19. Correlaciones entre la MPS-F y el EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en la muestra de mujeres con y sin trastorno de la conducta alimentaria.

MPS-F	EAT				BULIT				BSQ			CIMEC		
	RA	MA	PC	Total	A	SENEG	COCOM	Total	MIC	IC	Total	PUB	MODEST	Total
Preocupación por los errores	.42 *	.45 *	.50 *	.49 *	.44 *	.45 *	.38 *	.48 *	.50 *	.56 *	.55 *	.49 *	.48 *	.51 *
Indecisión de acción	.33 *	.32 *	.34 *	.37 *	.36 *	.30 *		.35 *	.33 *	.41 *	.39 *	.31 *		.30 *
Críticas paternas	.32 *	.32 *	.36 *	.38 *	.38 *	.36 *		.41 *	.41 *	.45 *	.46 *	.34 *	.36 *	.38 *
Total	.39 *	.42 *	.42 *	.44 *	.40 *	.40 *	.30 *	.43 *	.46 *	.50 *	.50 *	.48 *	.41 *	.45 *

Nota. \*  $p < .001$  Restricción alimentaria (RA), Motivación para adelgazar (MA), Preocupación por la comida (PC), Atracón (A), Sentimientos negativos posteriores al atracón (SENEG), Conductas compensatorias (COCOM), Malestar por la imagen corporal (MIC), Insatisfacción corporal (IC), Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de los modelos estético corporales (MODEST).

### **Análisis de regresión lineal múltiple en la muestra con trastorno del comportamiento alimentario.**

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar si los componentes de perfeccionismo que obtuvieron mayores correlaciones (*Preocupación por los errores, Indecisión de acción y Críticas Paternas*) mostraban capacidad para explicar los síntomas y factores socioculturales asociados a los TCA (*Restricción alimentaria, Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida, Atracón, Sentimientos negativos posteriores al atracón, Conductas compensatorias, Malestar con la imagen corporal, Insatisfacción corporal, Influencia de la publicidad e Influencia de los modelos estético corporales*). Sólo se presentan los resultados de los modelos en los que la  $R^2$  fue mayor a 0.20. También se evaluó si los modelos generados cumplen con los supuestos teóricos de la regresión: independencia, normalidad y homocedasticidad (Silva, 1998; Field, 2004). El supuesto de independencia se evalúa mediante el estadístico *D de Durbin-Watson*. El valor de este estadístico varía entre cero y cuatro, si el valor se aproxima a dos indica que no existe correlación entre los residuales. Si es cercano a cero, los residuales están negativamente correlacionados; y si se aproxima a cuatro, están positivamente correlacionados. En general, valores menores a uno y mayores a tres no son aceptables. Para valorar el supuesto de normalidad se graficó la probabilidad de los residuales. Un indicador de que se cumple con el supuesto de normalidad es que los residuales se agrupan sobre la línea recta que va del extremo inferior izquierdo al extremo superior derecho de la gráfica. El supuesto de homocedasticidad se evalúa mediante la gráfica de la distribución de los residuales. Se apoya este supuesto si los residuales se distribuyen en forma aleatoria, es decir, no es posible identificar un patrón característico en los datos y la mayoría de los puntos caen alrededor del cero.

Como se observa en la Tabla 20 la *Preocupación por cometer errores* explicó el 26% de la variabilidad de la *Preocupación por la comida*. Al evaluar si el modelo cumplía con los supuestos de la regresión se encontró que el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.66 lo cual indica que los residuales son independientes. Respecto al supuesto de normalidad se observó que los residuales no se ajustaron totalmente a la

línea de regresión (véase Figura 8a). Al analizar la Figura 8b se observa que los residuales no se distribuyeron en forma aleatoria, se identifica un patrón descendente. Estos resultados indican que el modelo obtenido no es adecuado debido a que no cumplió con dos supuestos de la regresión (normalidad y homocedasticidad).

Tabla 20. Análisis de regresión lineal múltiple entre los componentes del perfeccionismo y preocupación por la comida.

Variables independientes	Variable criterio			
	Preocupación por la comida			
	$\beta$	$t$	$R^2$	$F$
Preocupación por los errores	0.52	4.47*	0.26	15.68*
Críticas paternas	-0.09	0.71		
Indecisión de acción	0.08	0.80		

$p < 0.001$

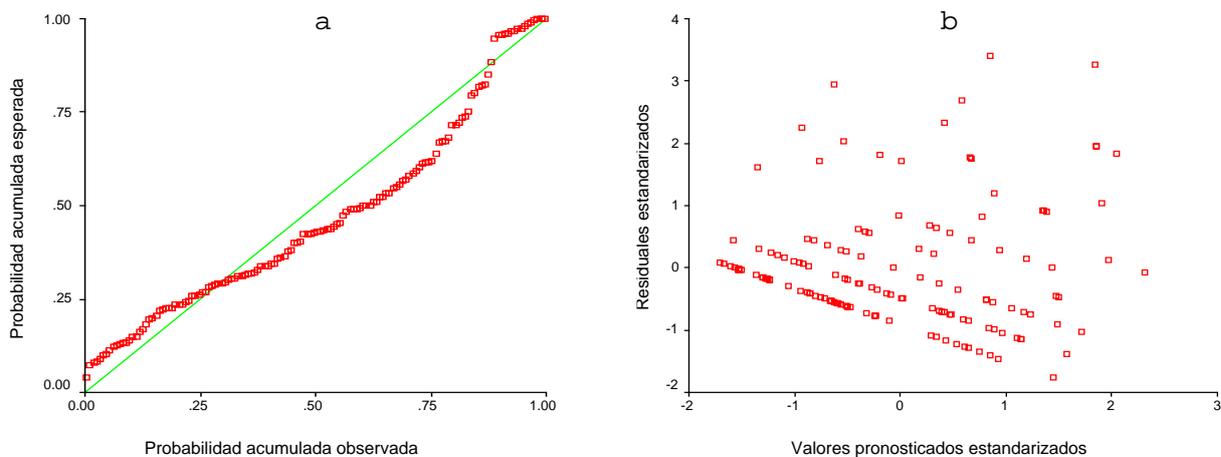


Figura 8. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores y restricción alimentaria.

En la Tabla 21 se observa que *Preocupación por los errores* explicó el 20% de la variabilidad de *Motivación para adelgazar*. Para este modelo el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 0.95 el cual indica que no hay independencia entre los residuales. Respecto al supuesto de normalidad se observó que los residuales no se ajustaron totalmente a la línea de regresión (véase Figura 9a). Asimismo, se observa que la

distribución de los residuales siguió un patrón descendente (véase Figura 9b), es decir no se distribuyeron aleatoriamente. Considerando estos resultados puede decirse que el modelo obtenido no es adecuado ya que viola los tres supuestos del análisis de regresión.

Tabla 21. Análisis de regresión lineal múltiple entre los componentes del perfeccionismo y motivación para adelgazar.

Variables independientes	Variable criterio			
	Motivación para adelgazar			
	$\beta$	$t$	$R^2$	$F$
Preocupación por los errores	0.45	3.76*	0.20	11.79*
Críticas paternas	-0.08	-0.68		
Indecisión de acción	0.09	0.95		

$p < 0.001$

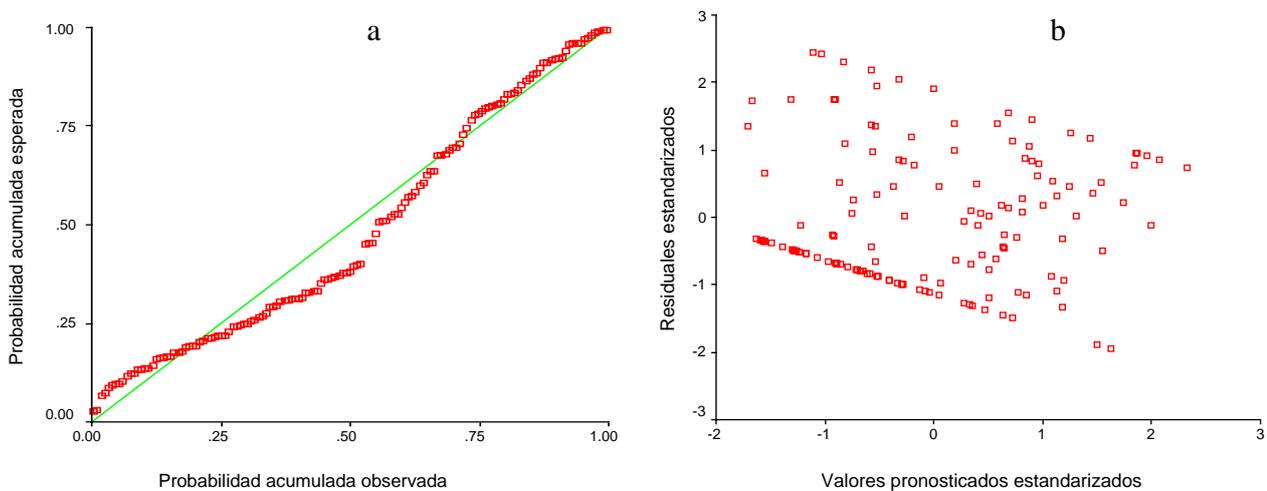


Figura 9. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores y motivación para adelgazar.

Como se muestra en la Tabla 22 *Preocupación por los errores* explicó el 25% de la variabilidad del *Malestar con la imagen corporal*. Al evaluar si el modelo cumple con los supuestos de la regresión se encontró que el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.71 el cual indica independencia entre los residuales. Respecto a los supuestos de normalidad y homocedasticidad se observó que la mayoría de los residuales se ajustó

a la línea de regresión (véase Figura 10a), sin embargo, no se distribuyeron en forma aleatoria, se identifica un patrón descendiente (véase Figura 10b). Estos resultados indican que el modelo obtenido viola el supuesto de homocedasticidad.

Tabla 22. Análisis de regresión lineal múltiple entre los componentes del perfeccionismo y malestar con la imagen corporal.

Variables independientes	Variable Criterio			
	Malestar con la imagen corporal			
	$\beta$	$t$	$R^2$	$F$
Preocupación por los errores	0.43	3.66*	0.25	14.86*
Críticas paternas	0.06	0.51		
Indecisión de acción	0.03	0.31		

p < 0.001

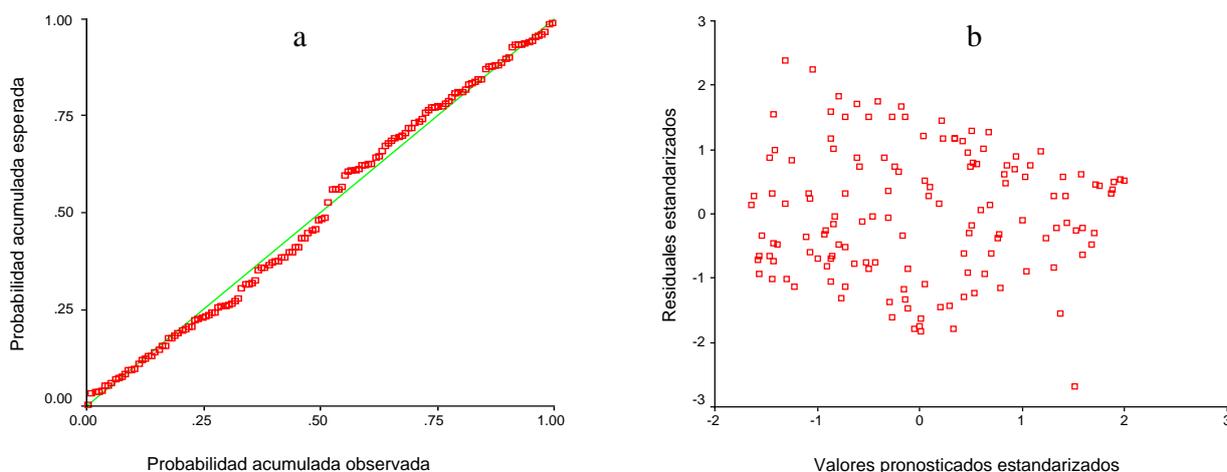


Figura 10. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores y malestar con la Imagen Corporal.

Cuando se ingresó la *Insatisfacción corporal* como variable criterio se encontró que *Preocupación por los errores* explicó el 31% de su variabilidad (véase Tabla 23). Para este modelo el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.82 el cual indica independencia entre los residuales. Al graficar los residuales se observó que la mayoría se ajustó a la línea de regresión (véase Figura 11a) y que se distribuyeron en forma

aleatoria (véase Figura 11b). Considerando estos datos puede decirse que el modelo es adecuado debido a que cumplió con los supuestos teóricos de la regresión.

Tabla 23. Análisis de regresión lineal múltiple entre los componentes del perfeccionismo e insatisfacción corporal.

Variables independientes	Variable Criterio			
	Insatisfacción corporal			
	$\beta$	$t$	$R^2$	$F$
Preocupación por los errores	0.61	3.54*	0.31	15.83*
Críticas paternas	0.15	1.43		
Indecisión de acción	0.08	0.63		

$p < 0.001$

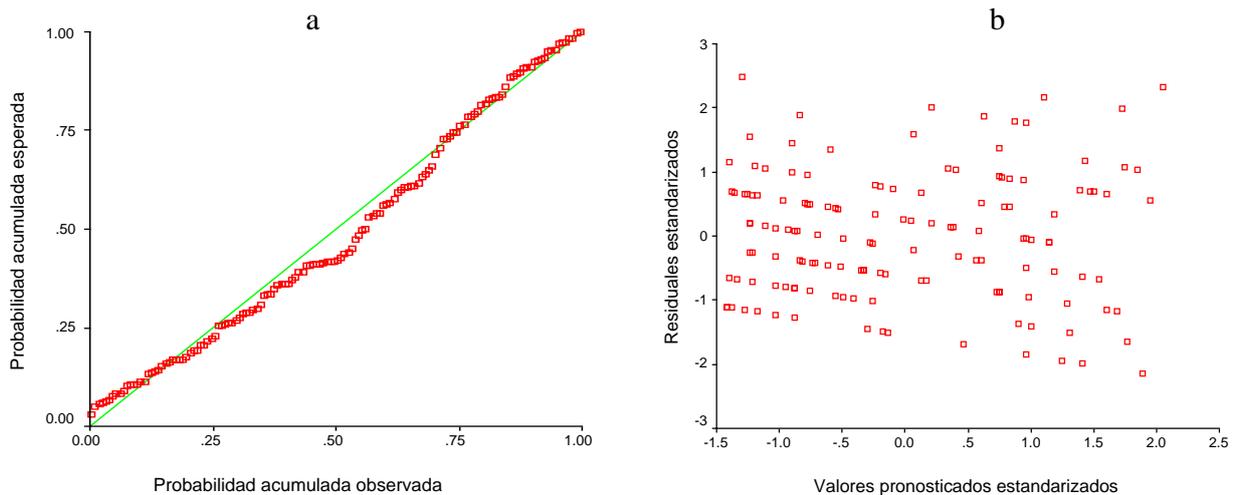


Figura 11. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores e insatisfacción corporal.

*Preocupación por cometer errores* explicó el 23% de la variabilidad de *Influencia de la publicidad* (véase Tabla 24). Al evaluar si el modelo cumple con los supuestos de la regresión se encontró que el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.63, este valor indica que los residuales son independientes. Respecto al supuesto de normalidad se encontró que los residuales no se ajustaron a la línea de regresión (véase Figura 12a).

En cuanto al supuesto de homocedasticidad, en la Figura 12b se observa que los residuales no se distribuyeron en forma aleatoria debido a que se identifica un patrón descendente. Estos resultados muestran que el modelo no cumplió con los supuestos de normalidad y homocedasticidad, por tanto no es adecuado para los datos.

Tabla 24. Análisis de regresión lineal múltiple entre los componentes del perfeccionismo e influencia de la publicidad

Variables independientes	Variable Criterio			
	Influencia de la publicidad			
	$\beta$	$t$	$R^2$	$F$
Preocupación por los errores	0.51	4.25*	0.23	13.51*
Críticas paternas	-0.06	-0.52		
Indecisión de acción	0.04	0.39		

$p < 0.001$

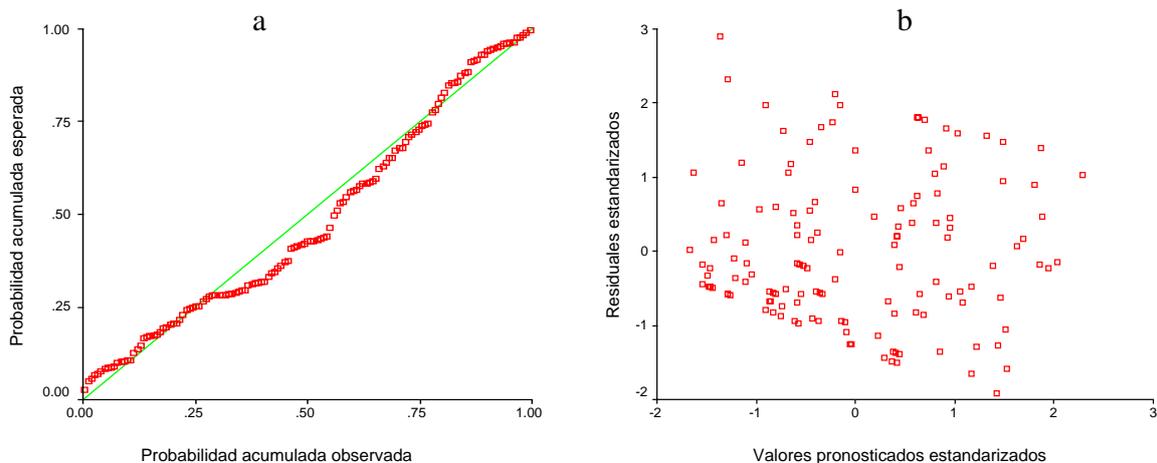


Figura 12. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores e influencia de la publicidad.

Cuando se ingresó la *Influencia de los modelos estético corporales* como variable criterio se encontró que *Preocupación por los errores* explicó el 22% de su variabilidad (véase Tabla 25). Al evaluar si el modelo cumple con los supuestos de la regresión se encontró que el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.60 el cual indica independencia entre los residuales. Se encontró que el modelo cumple con el supuesto

de normalidad debido a que la mayoría de los residuales se ajustó a la línea de regresión (véase Figura 13a). El modelo también cumplió con el supuesto de homocedasticidad ya que los residuales se distribuyeron en forma aleatoria (véase Figura 13b). Estos resultados indican que el modelo obtenido es adecuado dado que cumple con los tres supuestos teóricos del análisis de regresión.

Tabla 25. Análisis de regresión lineal múltiple entre los componentes del perfeccionismo e influencia de los modelos estético corporales.

Variables independientes	Variable Criterio			
	Influencia de los modelos estético corporales			
	$\beta$	$t$	$R^2$	$F$
Preocupación por los errores	0.48	3.96*	0.22	12.64*
Críticas paternas	0.01	0.02		
Indecisión de acción	-0.02	0.21		

$p < 0.001$

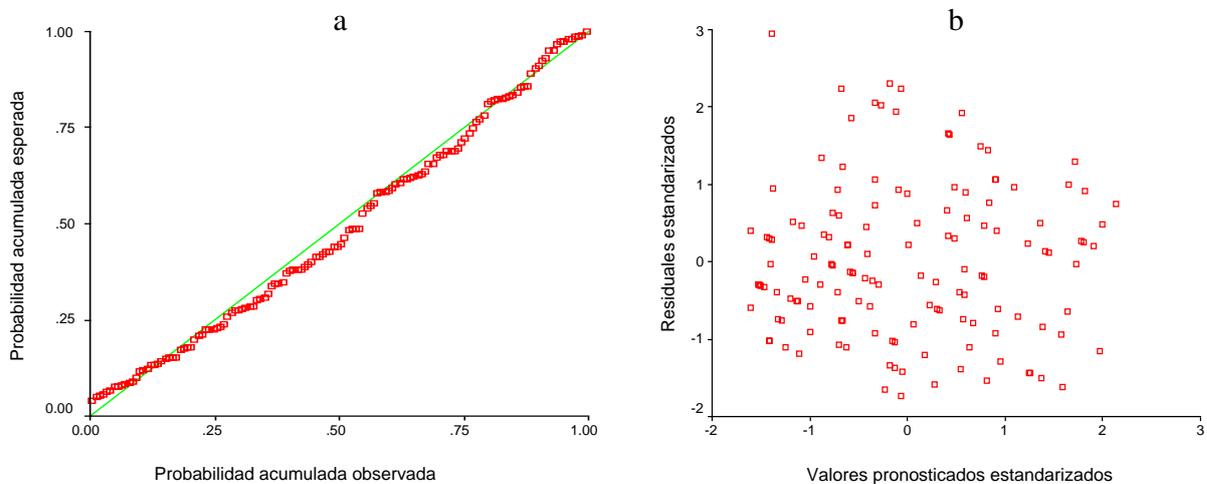


Figura 13. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores e influencia de los modelos estético corporales.

También se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar si la interacción entre algún componente de perfeccionismo y los síntomas o factores socioculturales asociados a los TCA explicaba otros síntomas de TCA. En la Tabla 26 se presentan los resultados del análisis de regresión al considerar la *Restricción alimentaria*

como variable criterio. Se encontró que la interacción entre el *Atracón* y la *Preocupación por cometer errores* explicó el 35% de la variabilidad de la *Restricción alimentaria*. Para este modelo el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.76, este valor indica que existe independencia entre los residuales. Al graficar los residuales se observó que no se ajustaron a la línea de regresión (véase Figura 14a) y en la Figura 14b se observa que no se distribuyeron en forma aleatoria, puede apreciarse un patrón descendiente. En este caso el modelo no cumple con los supuestos de normalidad y homocedasticidad, por tanto no es adecuado.

Tabla 26. Análisis de regresión lineal múltiple para la variable restricción alimentaria

Variables independientes	Variable Criterio			
	Restricción alimentaria			
	$\beta$	$t$	$R^2$	$F$
Atracón	0.47	6.19	0.35	37.13
		*		*
Preocupación por los errores	0.20	2.64		
		**		

\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$

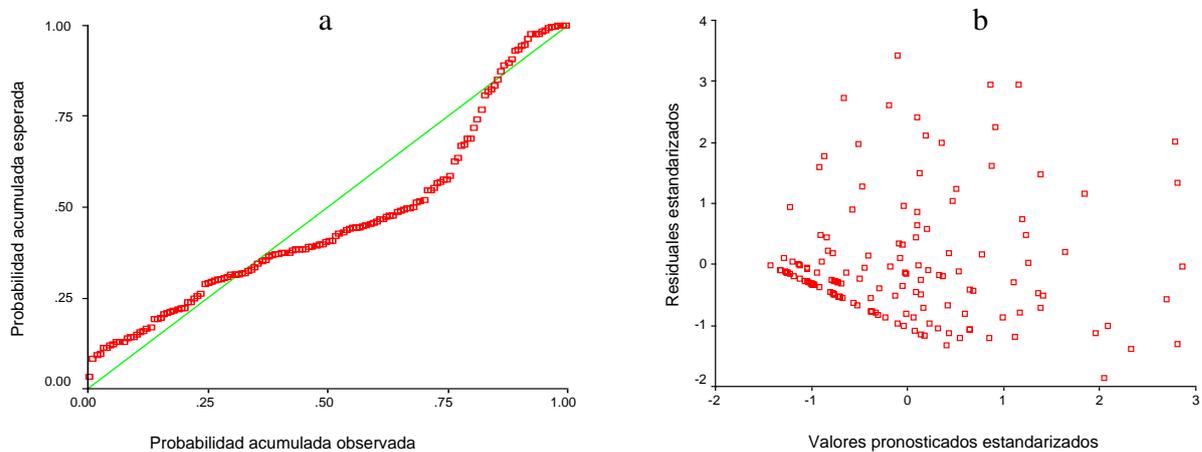


Figura 14. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores y restricción alimentaria.

Cuando se ingresó la *Motivación para adelgazar* como variable criterio se encontró que la interacción entre el *Atracón* y *Preocupación por los errores* explicó el 40% de su variabilidad (véase Tabla 27). Para este modelo el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.37 el cual indica independencia entre los residuales. Al graficar los residuales se observó que no se ajustaron a la línea de regresión (véase Figura 15a) y que no se distribuyeron en forma aleatoria, se aprecia un patrón en forma descendiente (véase Figura 15b). Estos resultados muestran que el modelo no es adecuado debido a que no cumple con los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Tabla 27. Análisis de regresión lineal múltiple para la variable *Motivación para adelgazar*.

Variables independientes	Variable Criterio			
	$\beta$	<i>t</i>	$R^2$	<i>F</i>
Atracón	0.49	6.70*	0.40	45.25*
Preocupación por los errores	0.23	3.09**		

\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$

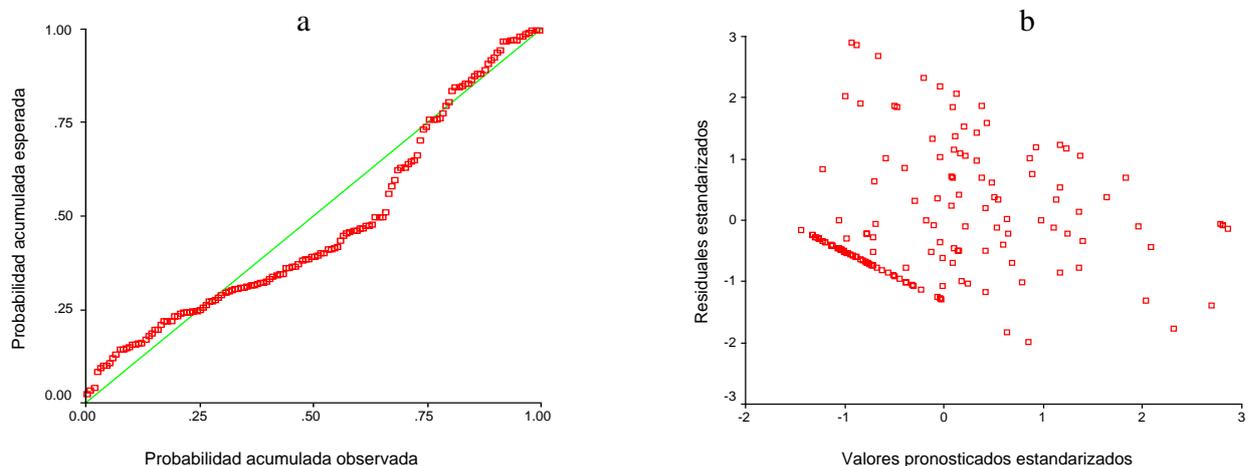


Figura 15. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores y motivación para adelgazar.

Como se observa en la Tabla 28 la interacción entre el *Atracón* y la *Preocupación por los errores* explicó el 57% de la variabilidad de la *Influencia de la publicidad*. Al evaluar si el modelo cumple con los supuestos de la regresión se encontró que el valor del estadístico *D* de *Durbin-Watson* fue de 1.40 el cual indica que los residuales son independientes. Respecto al supuesto de normalidad en la Figura 16a se observa que algunos residuales no se ajustaron a la línea de regresión. Adicionalmente, en la Figura 16b se observa que los residuales no se distribuyeron en forma aleatoria debido a que presentan un patrón descendente. Estos resultados indican que el modelo no es adecuado dado que no cumplió con los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Tabla 28. Análisis de regresión lineal múltiple para la variable insatisfacción corporal.

Variables independientes	Variable Criterio			
	Insatisfacción corporal			
	$\beta$	<i>t</i>	$R^2$	<i>F</i>
Atracón	0.57	9.21	0.57	90.64
Preocupación por los errores	0.29	9.67		

\*  $p < 0.001$

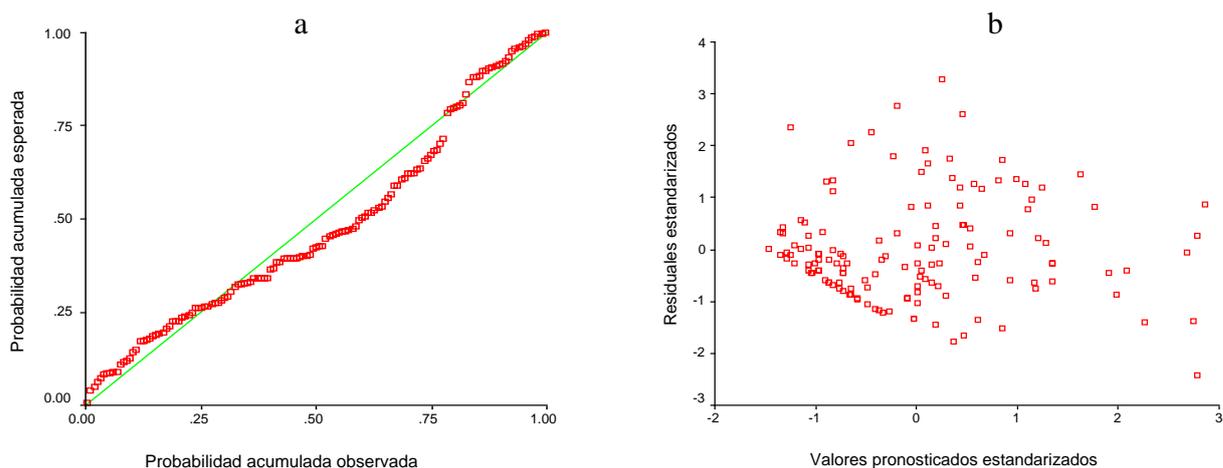


Figura 16. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores e insatisfacción corporal.

Finalmente, en la Tabla 29 se presentan los resultados obtenidos al ingresar el atracón como variable criterio. La interacción entre influencia de la publicidad y las críticas paternas explicó el 40% de la variabilidad del atracón. Para este modelo el valor del estadístico *D de Durbin-Watson* fue de 1.47, este valor indica independencia entre los residuales. Al graficar los residuales se observó que no se ajustaron a la línea de regresión (véase Figura 17a), por tanto el modelo no cumple con el supuesto de normalidad. En la gráfica 17b se observa que los residuales no se distribuyeron en forma aleatoria, se aprecia un patrón en forma descendiente. Estos resultados muestran que el modelo no es adecuado debido a que no cumple con los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Tabla 29. Análisis de regresión lineal múltiple para la variable atracón.

Variables independientes	Variable Criterio			
	Atracón			
	$\beta$	<i>t</i>	$R^2$	<i>F</i>
Influencia de la publicidad	0.53	7.45*	0.40	43.87*
Críticas paternas	0.22	3.77**		

\*  $p < 0.001$

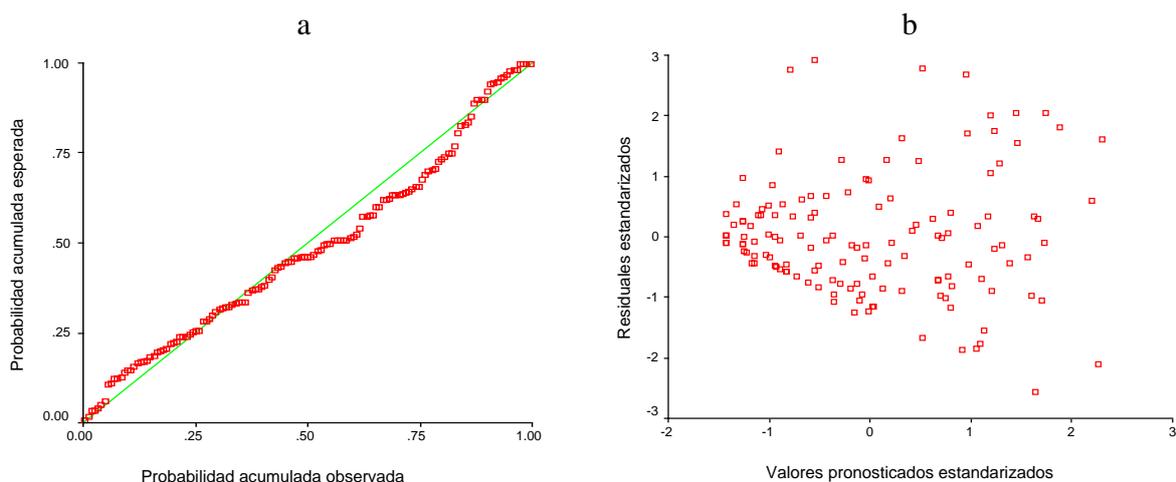


Figura 17. Probabilidad de los residuales (a) y distribución de los residuales (b) para el modelo preocupación por los errores y atracón.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue evaluar si los componentes de la conducta perfeccionista caracterizan a las personas con TCA o con la sintomatología del trastorno y si algún componente era relevante para explicar síntomas de TCA o factores socioculturales asociados a estas psicopatologías.

A partir de la práctica clínica diversos autores han identificado que las personas perfeccionistas son más vulnerables a desarrollar un TCA (Davis et al., 2000; Pryor & Wiederman, 1996; Shafran & Mansell, 2001). Este planteamiento ha sido incorporado en algunos modelos teóricos que explican el papel del perfeccionismo en los TCA (Slade, 1996; Goldner et al., 2002); sin embargo, se ha proporcionado poca evidencia empírica al respecto, por ejemplo Davis (1997) encontró que las personas que presentan altas puntuaciones en medidas de perfeccionismo autoevalúan de manera negativa su imagen corporal. A diferencia de las investigaciones que se han centrado en evaluar si las personas con TCA presentan perfeccionismo, en el presente estudio se realizó un análisis considerando el perfeccionismo como punto de comparación. Es decir, se identificó a las personas que presentaban PA o PB y se evaluó si en función del nivel de perfeccionismo mostraban más síntomas de TCA e influencia de los factores socioculturales asociados a los mismos. Los resultados mostraron que las personas con PA presentaron más sintomatología de TCA e influencia del modelo estético corporal que las personas con PB.

Específicamente, las mujeres con PA presentaron puntuaciones más altas en todos los síntomas evaluados (restricción alimentaria, motivación para adelgazar, preocupación por la comida, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, conductas compensatorias e insatisfacción corporal) y en los factores socioculturales considerados. Cabe resaltar que aunque todas las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, destacó la diferencia obtenida en las puntuaciones de insatisfacción corporal e influencia del modelo de delgadez. Las mujeres con PA presentaron mayor inconformidad con su peso y figura corporal e influencia del modelo

estético de delgadez ( $\bar{X} = 100.50$  y  $31.30$ , respectivamente) en comparación con las mujeres con PB ( $\bar{X} = 55.06$  y  $9.73$ , respectivamente). La puntuación promedio que las mujeres con PA obtuvieron en el instrumento que evalúa la insatisfacción corporal (BSQ) se acercó al punto de corte establecido en población mexicana (110; Galán, 2004).

Los hombres con PA se caracterizaron por presentar mayor insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, atracones, influencia de la publicidad e influencia de las relaciones sociales que promueven el modelo corporal ideal en comparación con los hombres con PB. También destacó que los hombres con PA obtuvieron mayores puntuaciones que los hombres con PB en insatisfacción corporal ( $\bar{X} = 71.90$  y  $58.00$ , respectivamente) e influencia del modelo estético corporal de delgadez ( $\bar{X} = 19.20$  y  $8.15$ , respectivamente). Estos resultados muestran que los hombres con PA son afectados por la influencia de la publicidad y están inconformes con su peso y figura corporal. Asimismo, coinciden con otras investigaciones en las que se ha encontrado que los varones presentan una influencia importante del modelo corporal vigente (Vázquez et al., 2005; Vázquez, López, Alvarez, Mancilla & Ruiz, 2006).

Los resultados obtenidos al considerar el PA y el PB confirman que la conducta perfeccionista juega un papel importante en cuanto a la presencia de síntomas de TCA y la influencia de los factores socioculturales asociados a estas psicopatologías. Se encontró que tanto los hombres como las mujeres que presentaron PA mostraron estar más insatisfechos con su figura y peso corporal, motivados para adelgazar y susceptibles a la influencia de los medios de comunicación que promueven la figura corporal de delgadez. Estos resultados cobran relevancia si consideramos que la insatisfacción corporal y la influencia de la publicidad han sido reportados en la literatura como factores de riesgo para el desarrollo de los TCA tanto en el ámbito nacional (Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez & López, 2000; Unikel, Aguilar & Gómez-Peresmitre, 2005; Vázquez et al., 2005) como internacional (Dorian & Garfinkel, 2002; Keel, Fulkerson & Leon, 1997; Polivy & Herman, 2002; Raich, Torras & Mora, 1997;

Sepúlveda, Botella & León, 2002; Stice & Shaw, 2002; Wiseman, Peltzman, Halmi & Sunday, 2004).

Al identificar a las personas que presentaban sintomatología de TCA, destacó que una cantidad importante de la población femenina presentó conductas y actitudes de riesgo para el desarrollo de algún TCA. Se encontró que el 19.54% de las mujeres de secundaria y el 16.20% de las mujeres de preparatoria presentaron sintomatología de TCA. La mayor presencia de sintomatología entre las mujeres de secundaria puede deberse a que se encontraban en un periodo en el que probablemente estaban experimentando los cambios propios de la pubertad. En este periodo se modifican las dimensiones corporales de las mujeres y el rápido incremento en el peso corporal puede dar origen a que las adolescentes se preocupen por su cuerpo e imagen corporal. Por tanto empiezan a cuidar su alimentación, realizan dietas y experimentan con diversos métodos para controlar el peso corporal. Algunos autores consideran que el inicio de la pubertad suele ser un periodo crítico en el que las adolescentes presentan conductas alimentarias de riesgo (Arango, 2003; Buendía & Rodríguez, 1996; García-Camba, 2001; Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991; Sherman & Thompson, 1999).

El porcentaje de mujeres que presentaron sintomatología de TCA coincide con los porcentajes obtenidos en investigaciones nacionales realizadas por Alvarez et al. (2003) y Vazquez et al. (2005) quienes, empleando como instrumentos de tamizaje el EAT y el BULIT, encontraron que entre el 18% y el 20% de las mujeres presentaban sintomatología de TCA. Estos resultados también son similares a las cifras estimadas en investigaciones realizadas en otros países, en los que se ha encontrado que entre el 8.3% y el 17.3% de las mujeres presentan sintomatología de TCA (Buddeberg-Fischer, Bernet, Sieber, Schmid & Buddeberg, 1996; Cotrufo, Barreta, Monteleone & Mai, 1998; Gracia, Ballester, Patiño & Suñol, 2001; Pérez-Gaspar et al., 2000; Rojo et al., 2003), cabe señalar que en estos casos sólo se utilizó el EAT como instrumento de tamizaje y en el presente estudio también se utilizó el BULIT.

En el caso de los hombres se encontró que el 14% presentó sintomatología de TCA, este porcentaje fue mayor al obtenido en estudios previos en los cuales se ha encontrado que entre el 0.6% y el 8.3% de los hombres presentan sintomatología de TCA (Buddeberg-Fischer et al., 1996; Carbajo, Canals, Fernández-Ballart & Doménech., 1995; Gracia et al., 2001; Raich, Deus, Muñoz, Pérez & Requena, 1991). Esta diferencia puede atribuirse a que en la presente investigación se emplearon el EAT y el BULIT como instrumentos de tamizaje y en los estudios previos sólo se utilizó el EAT, es decir, se enfocaron más en la evaluación de sintomatología de AN. En general estos resultados muestran que también el género masculino está preocupado por su imagen corporal y presenta algunas conductas de riesgo para el desarrollo de algún TCA, aunque en menor medida que las mujeres. En otras investigaciones realizadas en el contexto nacional e internacional también se ha encontrado que un porcentaje menor de hombres, en comparación con las mujeres, presenta sintomatología de TCA (Alvarez et al., 2003; Buddeberg-Fischer et al., 1996; Gracia et al., 2001; Vázquez et al., 2004; Vázquez et al., 2005) o conductas alimentarias de riesgo (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz, 2002). Sin embargo, es importante considerar que en la presente investigación los puntos de corte empleados para el EAT y el BULIT fueron establecidos en muestras femeninas.

Respecto a la comparación entre las mujeres que presentaron sintomatología de TCA y mujeres sin sintomatología, se encontró que las mujeres con sintomatología se caracterizaron por presentar excesiva preocupación ante la posibilidad de cometer errores, establecer metas personales excesivamente altas y experimentar incertidumbre ante sus logros; además, manifestaron recibir más críticas por parte de sus padres en comparación con las mujeres sin sintomatología. Al realizar la comparación entre las mujeres con sintomatología de acuerdo al nivel académico se encontraron algunas diferencias importantes. Las mujeres de secundaria con sintomatología, en comparación con las mujeres de preparatoria con sintomatología, presentaron mayor preocupación ante la posibilidad de obtener resultados desfavorables, indecisión de acción y críticas excesivas por parte de sus padres. Estos resultados indican que quizá

a menor edad los componentes de la conducta perfeccionista están presentes en mayor medida. Al respecto algunos autores han mencionado que en la niñez y al inicio de la adolescencia las personas suelen presentar puntuaciones más altas en medidas de perfeccionismo, debido a que son más susceptibles a la influencia de los otros, particularmente la influencia de sus padres y se preocupan más por cumplir con los estándares que ellos establecen (Blatt, 1995; Speirs, 2004). Asimismo, las adolescentes presentan mayor tendencia a adherirse a las normas de origen social y son menos tolerantes a las comparaciones o críticas de sus padres respecto a su aspecto físico (McCabe & Ricciardelli, 2003b; Vincent & McCabe, 2000).

En la presente investigación se encontró que tanto las mujeres como los hombres con sintomatología de TCA presentaron excesiva preocupación ante la posibilidad de fracasar y se caracterizaron por realizar reiteradamente sus actividades debido a que nunca están conformes con los resultados obtenidos. No obstante, se identificó una diferencia importante en cuanto a género. Las mujeres con sintomatología obtuvieron mayores puntuaciones en cuanto al establecimiento de metas personales excesivamente altas en comparación con los hombres que presentaron sintomatología. Esto quiere decir que en el caso de los hombres sólo algunos aspectos intrapersonales de la conducta perfeccionista (preocupación por los errores e indecisión de acción) resultaron relevantes, mientras que en el caso de las mujeres tanto los aspectos intrapersonales (preocupación por los errores, indecisión de acción y estándares personales) como los aspectos interpersonales (críticas paternas) fueron importantes. Al respecto, algunos autores han encontrado que en los hombres la crítica de los padres juega un papel importante sólo cuando se trata de formas severas de problemas en la alimentación (Vincent & McCabe, 2000; Striegel-Moore & Kearney-Cooke, 1995). Estos resultados también pueden explicarse en función de las diferencias en cuanto a la construcción social de ser mujer y ser hombre, debido a que las mujeres suelen atender más las necesidades externas, son presionadas para hacer las cosas exitosamente y agradar a los otros más que a sí mismas; mientras que los hombres son más auto-orientados (Barberá, 2005; Garner & Garfinkel, 1980; Shaffer, 2000).

Aunque algunos autores han encontrado que las personas con BN presentan rasgos de perfeccionismo, esta conducta ha sido poco estudiada en tales casos. En el presente estudio se incluyó una muestra de mujeres con BN y los resultados mostraron que se caracterizaron por presentar excesiva preocupación por cometer errores, indecisión de acción y críticas paternas. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Lilenfeld et al. (2000) debido a que en su investigación las mujeres con BN también obtuvieron altas puntuaciones en preocupación por los errores, críticas paternas e indecisión de acción. Es importante señalar que en el presente estudio la puntuación total de la MPS-F obtenida por las mujeres con BN ( $\bar{X} = 121.46$ ) fue sustancialmente mayor que la puntuación obtenida por las mujeres con BN ( $\bar{X} = 85.55$ ) que participaron en el estudio de Lilenfeld et al. Este dato sugiere que probablemente en México el perfeccionismo se presenta en mayor medida.

En el presente estudio las mujeres con BN o TANE no se caracterizaron por establecer estándares personales altos y percibir expectativas paternas altas. Este resultado sugiere una posible diferencia entre las mujeres con AN, BN y TANE, debido a que en otros estudios se ha encontrado que las mujeres con AN están convencidas de que los demás esperan resultados excelentes de ellas, en consecuencia, establecen metas personales excesivamente altas (Bastiani et al., 1995; Cockell et al., 2002; Halmi et al., 2000; Sutandar-Pinnock et al., 2003). Asimismo, se ha documentado que se desarrollan en ambientes familiares altamente orientados a logros, por lo que constantemente son presionadas para que obtengan resultados sobresalientes (Cockell et al., 2002; Lucas et al., 1991). En investigaciones posteriores sería importante incluir una muestra de mujeres con AN con la finalidad de evaluar si efectivamente el establecer estándares personales altos y las expectativas paternas representan una diferencia entre la AN, la BN y los TANE.

El estudio de los TANE ha cobrado relevancia en los últimos años, lo cual ha abierto un campo de investigación importante para la prevención y la detección oportuna. No obstante, existe poca información en cuanto a la conducta perfeccionista en dichos trastornos. El estudio realizado por Davis (1997) incluyó una muestra de 22 mujeres con

TANE, sin embargo, no se realizaron análisis específicos para esta muestra. En el presente estudio se trabajó con una muestra de mujeres con TANE y se encontró que se caracterizaron por ser perfeccionistas, igual que las mujeres con BN. Este resultado aporta evidencia para considerar que el perfeccionismo también es una característica psicológica que comparten los TANE y la BN. El trabajo con personas que presentan síndromes parciales se justifica por dos razones. Primera, se ha encontrado que entre el 35% y el 50% de las mujeres que acuden a clínicas para tratamiento son diagnosticadas con TANE (Chamay-Weber, Narring & Michaud, 2005; Fairburn & Bohn, 2005). Segunda, en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) la diferencia entre los TANE y los trastornos específicos está basada principalmente en la frecuencia e intensidad con que se presentan algunos síntomas y se ha encontrado que en ambos trastornos (específicos y no específicos) se presentan características psicopatológicas similares (Rica et al., 2001).

En general, la excesiva preocupación por cometer errores, la indecisión ante las acciones y las críticas paternas caracterizaron tanto a las mujeres con sintomatología como a las mujeres con TCA (BN y TANE). Estos componentes del perfeccionismo forman parte de lo que se ha denominado perfeccionismo no saludable, el cual hace más vulnerables a las personas para presentar diversas psicopatologías (Bieling et al., 2003; Cox et al., 2002; Enns et al., 2001).

Respecto al análisis de correlación entre los componentes de la conducta perfeccionista, los síntomas de TCA y los factores socioculturales que promueven el modelo estético corporal, se encontró que la puntuación total de la MPS-F, preocupación por los errores, indecisión de acción y críticas paternas obtuvieron correlaciones moderadas tanto en la muestra de mujeres con sintomatología como en la muestra de mujeres con TCA. Específicamente se encontró que tanto la preocupación por los errores como la indecisión de acción se asociaron con insatisfacción corporal y motivación para adelgazar en la muestra de mujeres con sintomatología y en la muestra clínica. Estos resultados coinciden con otras investigaciones en las que se ha encontrado que la preocupación por cometer errores y la indecisión de acción se

asocian con síntomas específicos de los TCA, tales como motivación para adelgazar, insatisfacción corporal y bulimia en muestra comunitaria (Minarik & Ahrens, 1996) y con la presencia de síntomas de BN y AN en muestra clínica (Bulik et al., 2003). Adicionalmente, las críticas paternas correlacionaron con insatisfacción corporal, restricción alimentaria, motivación para adelgazar e influencia del modelo estético corporal. Hasta el momento en las investigaciones no se había encontrado que las críticas paternas correlacionaran con síntomas de los TCA, no obstante ha sido bien documentado que los comentarios y actitudes de la familia predicen la insatisfacción corporal e influyen para que los adolescentes decidan controlar su alimentación y peso corporal (Crowther et al., 2002; Jackson et al., 2002; Smolak et al., 1999). Asimismo, en algunos estudios se ha mostrado que padres perfeccionistas exigen que sus hijos sean iguales y que en algunos casos actúan como modelos de las actitudes y conductas de sus hijos (Shafran & Mansell, 2001; Speirs, 2004; Vieth & Trull, 1999). En el caso particular de los TCA Lilenfeld et al. (2000) encontraron que los padres de las personas con TCA presentan altas puntuaciones en medidas de perfeccionismo.

Las correlaciones obtenidas en la muestra de hombres con sintomatología también mostraron que el total de la MPS-F y la preocupación por los errores se asociaron con síntomas específicos de los TCA, tales como insatisfacción corporal, atracón y sentimientos negativos posteriores al atracón así como con la influencia de la publicidad. En este caso la preocupación por cometer errores sólo se asoció con síntomas de BN y no con síntomas de AN. Este resultado puede explicarse considerando que en muestras masculinas se ha encontrado mayor presencia de sintomatología de BN que sintomatología de AN (Alvarez et al., 2003; Vázquez et al., 2005). Específicamente se ha encontrado que en los hombres es más común la práctica de atracones (Kelly et al., 1999; Mateo, 2002; Unikel et al., 2000).

Por otro lado, el análisis de regresión lineal múltiple realizado en la muestra clínica, conformada por mujeres con BN o TANE, reveló que de los diez modelos generados sólo dos cumplieron con los supuestos teóricos de la regresión (independencia, normalidad y homocedasticidad), por tanto pueden considerarse

adecuados. Se encontró que preocupación por los errores fue el único componente de la conducta perfeccionista que mostró capacidad para explicar la insatisfacción corporal y la influencia de los modelos estético corporales. Estos resultados son consistentes con estudios previos en los cuales se ha identificado un efecto importante de la preocupación por los errores sobre la insatisfacción corporal (Minarik & Ahrens, 1996). Asimismo, proporcionan evidencia que apoya el modelo teórico de Slade (1996), quien propuso que la insatisfacción general (incluida la insatisfacción corporal) y la conducta perfeccionista son dos condiciones necesarias para el desarrollo de un TCA. También confirman el modelo propuesto por Goldner et al. (2002) debido a que se muestra que la conducta perfeccionista influye en la forma cómo una persona percibe y valora sus dimensiones corporales. Haber identificado que la preocupación por los errores puede explicar la insatisfacción corporal en las mujeres, cobra relevancia si se considera que es un síntoma estrechamente relacionado con ciertas conductas características de los TCA (restricción alimentarias, ayunos, consumo de productos para adelgazar), además de ser considerado un factor de riesgo de estas psicopatologías.

También se encontró que la preocupación por los errores mostró capacidad para explicar la influencia de los modelos estético corporales. Esto quiere decir que si las personas presentan excesiva preocupación por cometer errores pueden ser más vulnerables al modelo de delgadez y sentirse atraídas por el cuerpo de las personas que aparecen en los medios de comunicación. Al respecto en otras investigaciones se ha encontrado que las influencias socioculturales representan uno de los principales factores de riesgo de TCA debido a que en la búsqueda constante de cumplir con el modelo estético imperante las personas realizan prácticas que atentan contra su integridad física y emocional (Mateo, 2002; McCabe & Ricciardelli, 2003b; Posavac, Posavac & Posavac, 1998).

Considerando que en la mayoría de las investigaciones se habían incluido medidas globales de la sintomatología de TCA (e.g. puntuaciones totales del EAT o del BULIT), en la presente investigación se evaluaron síntomas específicos de estos trastornos. En general, se encontró que la preocupación por cometer errores fue el

componente de la conducta perfeccionista más relevante en los TCA. Específicamente, se observó que la preocupación por los errores está asociada con síntomas importantes de los TCA (preocupación por la comida, restricción alimentaria y motivación para adelgazar) y la influencia de los modelos estético corporales. Asimismo, se encontró que puede explicar la presencia de la insatisfacción corporal y la influencia de los modelos estético corporales. Estos datos apoyan la propuesta de que valorar los errores como fracasos y preocuparse excesivamente por hacer las cosas perfectamente puede contribuir de manera importante en el desarrollo de los TCA (Bulik et al., 2003; Minarik & Ahrens, 1996). Estos resultados muestran que en la práctica clínica sería importante considerar la evaluación de la conducta perfeccionista e incluir en el plan de tratamiento la modificación de dicha conducta. Principalmente si se toma en cuenta que en algunos estudios se ha encontrado que las personas que presentan perfeccionismo al inicio del tratamiento obtienen resultados poco favorables al final del mismo (Bizeul et al., 2001; Sutandar-Pinnock et al., 2003).

Por otro lado, en los análisis realizados en la presente investigación la organización mostró de manera consistente que no fue relevante tanto en la muestra con sintomatología como en la muestra clínica (BN y TANE). Las personas con TCA o su sintomatología y las personas sin TCA o sin sintomatología obtuvieron puntuaciones similares en cuanto a organización. Asimismo, este componente de la conducta perfeccionista correlacionó débilmente con los síntomas o factores socioculturales de los TCA. Este resultado coincide con diversos estudios en los que se ha encontrado que las personas con y sin TCA obtienen puntuaciones similares en la subescala organización (Halmi et al., 2000; Lilenfeld, et al., 2000), por lo que se ha sugerido que es un aspecto poco relevante en el desarrollo de los TCA (Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee, 2003; LoCicero & Ashby, 2000; Suddarth & Slaney, 2001). Por tanto debe tenerse cuidado al considerar su evaluación, debido a que puede ser un rasgo que se ha generalizado entre la población.

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten hacer algunos señalamientos acerca de la subescala Perfeccionismo del EDI, instrumento empleado en

las investigaciones nacionales para evaluar la conducta perfeccionista en personas con TCA o su sintomatología. La subescala Perfeccionismo del EDI evalúa principalmente el establecimiento de estándares personales y las expectativas paternas, aspectos que no resultaron importantes en esta investigación, y no incluye preguntas para evaluar los aspectos que mostraron ser relevantes en los TCA, es decir, la preocupación por cometer errores, la indecisión de acción y las críticas paternas. Esta puede ser la razón por la cual la subescala perfeccionismo del EDI ha mostrado que no es un instrumento válido y confiable para evaluar la conducta perfeccionista en muestras mexicanas con TCA o su sintomatología.

Algunas de las limitaciones que se presentaron en esta investigación se comentan a continuación. La muestra clínica sólo estuvo conformada por mujeres diagnosticadas con BN o TANE y no fue posible incluir mujeres con AN, por tanto no se evaluó directamente si existen diferencias entre los tipos de trastornos del comportamiento alimentario en cuanto a la presencia de la conducta perfeccionista. La mayoría de los modelos obtenidos con el análisis de regresión no cumplieron con los supuestos teóricos, por lo que sería conveniente que en estudios posteriores se emplearan pruebas que no consideren la independencia de los datos. Considerando que algunos hombres presentan insatisfacción corporal porque desean una figura musculosa, es importante realizar investigaciones en las que se evalúe de manera más precisa el deseo de tener una figura musculosa y las conductas realizadas para tal fin, debido a que en este estudio sólo una subescala del CIMEC evaluó la influencia de la figura musculosa. También es necesario tomar en cuenta que los puntos de corte del EAT y BULIT fueron establecidos en población femenina, por tanto en el caso de los hombres los datos deben interpretarse teniendo en cuenta esta limitante. Finalmente, es necesario trabajar con muestras clínicas de varones para generar modelos propios para esta población. Asimismo, los resultados de esta investigación evidencian la necesidad de llevar a cabo estudios prospectivos en los que se evalúe en qué medida las personas que presentan PA desarrollan algún TCA, así como el papel de la

conducta perfeccionista en el desarrollo de los síntomas de TCA y la asimilación del modelo estético corporal.

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación pueden derivarse las conclusiones siguientes:

- Las personas con perfeccionismo alto presentaron mayor sintomatología de TCA y mostraron mayor influencia del modelo estético corporal de delgadez e interés por a publicidad y situaciones relacionadas con los métodos para controlar el peso corporal.
- Los componentes de la conducta perfeccionista que caracterizaron a las mujeres con sintomatología y las mujeres con TCA (BN y TANE) fueron la excesiva preocupación por cometer errores, indecisión ante las acciones y críticas paternas. Mientras que los hombres con sintomatología sólo presentaron excesiva preocupación por los errores e indecisión de acción.
- En las mujeres con TCA o con sintomatología tres de los componentes de la conducta perfeccionista (preocupación por cometer errores, críticas paternas e indecisión de acción) mostraron asociaciones moderadas con síntomas específicos de dichas psicopatologías y con el Interés que despierta la publicidad relacionada con productos o métodos para bajar de peso. En el caso de los hombres sólo un componente de la conducta perfeccionista (preocupación por los errores) se asoció con síntomas de TCA e influencia de la publicidad.
- Se confirmó que el perfeccionismo, particularmente la preocupación por cometer errores, juega un papel importante en los TCA. Tal como se había propuesto en los modelos teóricos en los que el perfeccionismo es considerado como un factor que contribuye en el desarrollo de los TCA.
- La preocupación por los errores fue el componente de la conducta perfeccionista más relevante en los TCA presentes en mujeres, debido a que mostró capacidad para explicar la insatisfacción corporal y la influencia de los modelos sociales que promueven el modelo estético de delgadez. Por tanto puede decirse que la

## REFERENCIAS

- Acosta, M. G. & Gómez-Peresmitre, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 9-21.
- Aguirre, M. L. C., López, C. C., Béhar, R.A., Cordella, P. M. & Urrutia, L. F. (2006). Estado actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile. En, J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds). *Trastornos del comportamiento alimentario en países hispano-latino-americanos* (pp. 57-87). México: Manual Moderno.
- Alvarez, G. (2006). Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, D., & Franco, K. (2000). *Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, D., Franco, K., Mancilla, J.M., Alvarez, G. & López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios en población mexicana". *Psicología Contemporánea*, 7(1), 26-35.
- Alvarez, G., Franco, K., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2003). Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes mexicanas. En, L. E. Aragón & A. Silva (Eds.) *Evaluación Psicológica en el Ámbito Clínico*. (pp. 175-191). México: Pax México.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A. M., Haro, M. & Mancilla, J. M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*. 3(2), 245-255.

- Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas el Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. & Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of mexican patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 9, 243-248.
- Alvarez, 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(1), 47-56.
- Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Valdez, V., Franco, K & López, X. (Manuscrito no publicado). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT) en varones mexicanos.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Anastasi, A. (1964). *Psychological Testing*. United States of America: The Macmillan Company.
- Andersen, A. E. (1996). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastorno alimentario: Desafíos para la clínica y la investigación. En, J. Buendía (Ed). *Psicopatología en niños y adolescentes*. (pp. 439-460). Madrid: Pirámide.
- Andersen, A. E. & Di Domenico, L. (1992). Diet vs. Shape content of popular male and female magazines: A dose response relationship to the incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283-287.
- Antony, M. M., Purdon, C., Huta, V. & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Antony, M.M. & Swinson, R. P. (1998). *When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Arango, J. M. (2003). Anorexia, bulimia y trastornos crónicos alimenticios. Conocimientos y especulaciones. *Boletín de Pediatría*, 43(186), 362-368.

- Ashby, J., Kottman, T. & Shoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 261-271.
- Barberá, E. (2005). *Psicología y género*. Madrid: Prentice may.
- 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*.
- Bastiani, A., Rao, R., Weltzin, T. & Kaye, W. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17* (2), 147-154.
- Benedikt, R., Wertheim, E. H. & Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence, 27*, 43-57.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L. & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences, 36*, 1373-1385.
- 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.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. *American Psychologist, 50*, 1003-1020.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N. A. & Treasure, J. L. (2000). Eating disorders in males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review, 8*, 321-328.
- Bravo, M. R., Pérez, A. H. & Plana, R. B. (2000). Anorexia nerviosa: Características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría, 72*(4), 300-305.
- Brodsky, S. F. & Sedlacek, W. E. (1988). Factor analysis and reliability of the Burns Perfectionism Scale. *Psychological Reports, 62*, 806.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.

- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and Theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Buddeberg-Fischer, B., Bernet, R., Sieber, M., Schmid, J. & Buddeberg, C. (1996). Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14 to 19 year-old Swiss students. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 93, 296-305.
- Buendía, J. & Rodríguez, M. C. (1996). Anorexia nervosa e imagen corporal. En, J. Buendía (Ed). *Psicopatología en niños y adolescentes*. (pp. 411 - 437). Madrid: Pirámide.
- Bulik, C., Tozzi, F., Anderson, Ch., Mazzeo, S., Aggen S. & Sullivan, P. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 366-368.
- Burns, D. D. (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*. 34-51.
- Calderón, E., Moreno, P., Gili, M. & Roca, M. (1998). Psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio con el SCL-90-R. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2(1), 1-9.
- Camacho, J. R. (1995). Análisis multivariado con SPSS/PC+. Barcelona: EUB.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. & Doménech, E. (1995). Cuestionario de Actitudes Alimentarias en una muestra de adolescentes: Dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16, 21-26.
- Carlat, D. J. & Camargo, C. A. (1991). Review of Bulimia Nervosa in males. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 831-843.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A. & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1127-1132.
- Casper, R. C. (1983). Some provisional ideas concerning the psychological structure in anorexia nervosa and bulimia. En P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, & D. V. Coscina, (Eds.), *Anorexia nervosa: Recent developments in research* (pp. 387-392). New York: Alan R. Liss.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.

- Casullo, M. M., González, B. R. & Sifre, S. (2000). Factores de riesgo asociados y comportamiento alimentario. *Psicología Contemporánea*, 7, 66-73.
- Cattarin, J. & Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 114-125.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo 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.
- Cheng, S. K., Chong, G. H. & Wong, C. W. (1999). Chinese Frost Multidimensional Perfectionism Scale: A validation and prediction of Self-Esteem and psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1051-1061.
- Chesley, B. E., Alberts, D. J., Klein, D. J. & Kreipe, E. R. (2003). Pro or con? Anorexia nervosa and the internet. *Journal of Adolescent Health*, 32(2), 123-124.
- Cockell, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E., Flett, G. & Remick, R. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 745-758.
- Cooper, P.J., Taylor, M. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cotrufo, P., Barreta, V., Monteleone, P. & Mai, M. (1998). Full-syndrome, partial syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 98, 112-115.
- Cox, B. J., Enns, M. W. & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14(3), 365-373.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M. & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31, 166-175.
- Crowther, J. H., Kichler, J. C., Sherwood, N. & Kuhnert, M. E. (2002). The role of family factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10, 141-151.

- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 421-426.
- Davis, C., Claridge, G. & Fox, J. (2000). Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 67-73.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. & Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.
- Díaz-Marsa, M., Carrasco, J. L. & Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Dorian, L. & Garfinkel, P. E. (2002). Culture and body image in Western society. *Eating Weight Disorders*, 7, 1-19.
- Drewnowski, A. & Yee, D. (1987). Men and Body image: Are males satisfied with their body weight?. *Psychosomatic Medicine*, 49, 626-634.
- Ducker, M. & Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia*. México: Noriega Editores.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C. & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 783-794.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. En G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 373-391). Washington, DC: American Psychological Association.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*, 35, 1034-1042.
- Fairburn, G. C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.

- 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, C. G., Cooper, Z., Doll, A. & Welch, S. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361(1), 407-416.
- Fairburn, C. G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37,1-13.
- Feinholz, D. (1997a). Anorexia y bulimia. Aspectos psicológicos. *Cuadernos de nutrición*, 20 (5), 10-16.
- Feinholz, D. (1997b). Adolescencia, para comprender los trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de nutrición*, 20(5), 5-9.
- Ferrari, J. R. (1995). Perfectionism cognitions with non-clinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 143-156.
- Field, A. (2004). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: SAGE Publications.
- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. En G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 373-391). Washington, DC: American Psychological Association.
- Franco, S. N., Tamburrino, M. B., Carroll, B. T. & Bernal, G. A. A. (1988). Eating disorders in college males. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 285-288.
- French, S. A. & Jeffery, R. W. (1994). The consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychology*, 13, 195-212.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.

- Frost, R. O. & Henderson, K. J. (1991). Perfectionism and reactions to athletic competition. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 13, 323-335.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Furnham, A. & Calnan, A. (1998). Eating disturbances, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6(1), 58-72.
- Galán, J. J. C. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: Para detectar Insatisfacción corporal*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Garner, D. (1998). *EDI2. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. España: TEA Ediciones, S.A.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating attitudes test: And index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- 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.
- Gómez-Peresmitre, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorexica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 153-165.

- Gómez-Peresmitre, G., Alvarado, G. H., Moreno, L. E., Saloma, S. G. & Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, Púberes y Adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.
- Götesman, K. G., Eriksen, L. & Hagen, H. (1995). An epidemiological study of eating disorders in Norwegian psychiatric institutions. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 263-268.
- Gracia, M. B., Ballester, D. F., Patiño, J. M. & Suñol, C. G. (2001). Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 2, 1-5.
- Granillo, T., Jones-Rodríguez, G. & Carvajal, S. (2005). Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: Associations with substance use and other correlates. *Journal of Adolescent Health*, 36, 214-220.
- Gregory, J. R. (2001). Evaluación psicológica, historia, principios y aplicaciones. México: Manual Moderno.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., de Irala- Estevez, J. & Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline Assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura. España Masson.
- Halmi, A. K., Sunday, R. S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B. D., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini W. H. & Kaye, H. W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805.
- Hamacheck, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Harvey, B., Pallant, J. & Harvey, D. (2004). An evaluation of the factor structure of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 64(6), 1007-1018.

- Herzog, D. B., Hopkins, J. D. & Burns, C. D. (1993). A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, *14*, 261-267.
- Hewitt, P. L. & Dyck, D. G. (1986). Perfectionism, stress and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, *10*, 137-142.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1989). The Multidimensional Perfectionism Scale: Development and validation. *Canadian Psychology*, *30*, 339.
- 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. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 98-101.
- Hewitt, P. L. & Flett, G.L. (1991b). 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. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*(1), 58-65.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B. & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1221-1236.
- 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.
- Hewitt, P. L., Flett, G.L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 276-280.
- Hewitt, P. L., Flett, G.L., Turnbull-Donovan, W. T. & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*(3), 464-468.

- Hewitt, P. L., Mittelstaedt, W. M. & Wollert, R. (1989). Validation of a measure of perfectionism. *Journal of Personality Assessment*, 53, 133-144.
- Hill, A. J. & Franklin, J. A. (1998). Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, M., Kibler, J., Vicente, B. B. & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 80-91.
- Hoerr, S. L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T. & Keast, D. R. (2000). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *American College of Nutrition*, 21(4), 307-314.
- Holston, J. I. & Cashwell, C. S. (2000). Family functioning and eating disorders among college women: a model of prediction. *Journal of College Counseling*, 3, 5-16.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism: A neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 384.
- Hurst, R., Hale, B., Smith, D. & Collins, D. (2000). Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *British Journal of Sport Medicine*, 34, 431-435.
- Jackson, D. T., Grilo, M. C. & Masheb, M. R. (2002). Teasing history of eating disorder features: An age- and body mass index- matched comparison of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 108-113.
- Johnson, D. P. & Slaney, R. B. (1996). Perfectionism: Scale development and a study of perfectionistic clients in counseling. *Journal of College Students Development*, 37, 29-41.
- Joiner, T. E., Jr, Heatherton, T. F., Rudd, M. D. & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 145-153.
- Joiner, T. E., Jr. & Schmidt, N. B. (1995). Dimensions of perfectionism, life stress, and depressed and anxious symptoms: Prospective support for diathesis-stress but no specific vulnerability among male undergraduates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 165-183.

- Kaplan, S. L., Busner, J. & Pollack, S. (1988). Perceived weight, actual weight, and depressive symptoms in a general adolescent sample. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 107-113.
- Kaplan, M. R. & Saccuzzo, P.D. (1997). *Psychological Testing. Principles, Applications, and Issues*. United States of America: Brooks/Cole Publishing Company.
- Keel, P. K., Fulkerson, J. A. & Leon, G. R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 203-216.
- Keel, P. K., Klump, K. L., Leon, G. R. & Fulkerson, J. A. (1998). Disordered eating in adolescent males from school-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 125-132.
- Kelly, C., Ricciardelli, L. A. & Clarke, J. D. (1999). Problem eating attitudes and behavior in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 281-286.
- Kerlinger, N. F. & Lee, B. H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores.
- Kiemle, G., Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1987). Factors associated with abnormal eating attitudes and behaviors: Screening individuals at risk of developing and eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 713-724.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L. D., Simmonds, B., Robinson, T. N., Litt, I., Varady, A., Kraemer, H. (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(3) 227-238.
- Klein, D. A. & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81, 359-374.
- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J. & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46(2), 141-156.

- Kline, P. (1999). *The new psychometrics science, psychology and measurement*. London: Routledge Taylor & Francis Group.
- 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*(1), 41-48.
- Lara, C. M. A. (1993). *Inventario de masculinidad y feminidad (Imafe)*. México: El Manual Moderno.
- Levine, M. P., Smolak, L. & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence, 14*, 471-490.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D. & Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders, 15*(1), 11-24.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M. & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry, 55*, 603-610.
- Lilenfeld, L.R., Stein, D., Bulik, C.M., Strober, M., Plotnicov, K.H., Pollice, C., Rao, R., Merikangas, K.R., Nagy, L. & Kaye, W.H. (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.
- LoCicero, K. A. & Ashby, J. S. (2000). Multidimensional perfectionism and self-reported self-efficacy in college students. *Journal of College Students Therapy, 15*, 47-56.
- Lucas, A. R., Beard, C. D., O'Fallon, W. M. & Kurland, L. T. (1991). Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry, 148*, 917-922.
- Mancilla, D. J. M., Alvarez, R. G., López, A. X., Mercado, G. L., Manríquez, R. E. & Román, F. M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social, 2*(1), 34-43.

- Mancilla, D. J. M., Gómez-Peresmitre, G., Alvarez, R. G., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X. & Acosta, G. M. V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En, J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds). *Trastornos del comportamiento alimentario en países hispano-latino-americanos* (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
- Mancilla, D. J. M., Franco, P. K., Alvarez, R. G. & Vázquez, A. R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the mexican version of the eating disorders inventory. *Revista Thomson Psicología*, 1(2), 167-177.
- Mancilla-Diaz, J. M., Franco-Paredes, K., Vazquez-Arevalo, R., Lopez-Aguilar, X., Alvarez-Rayon, G. & Tellez-Giron, O. M. T. (en prensa). A two-stage epidemiological study about prevalence of eating disorders among university females from Mexican population. *European Eating Disorders Review*.
- Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., Hotter, A., Rupp, C. I., Biebl, W., Hudson, J. I. & Pope, H. G., Jr. (2004). Body fat perception in eating-disordered men. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 102-108.
- Mateo, G. C. (2002). *Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus factores asociados*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2003a). A longitudinal study of body change strategies among adolescen males. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 105-113.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2003b). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *The Journal of Social Psychology*, 143(1), 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.

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Menéndez, A. J. (2003). Anorexia, bulimia y trastornos crónicos alimenticios. Conocimientos y especulaciones. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 43, 362-368.
- Méndez, R. I., Namihira, G. D., Moreno, A. L. & Sosa, M. C. (2001). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Mercado, D. C. & Luna, M. I. (2003). Inventario mexicano de masculinidad y feminidad. Desarrollo psicométrico y versión preliminar. *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (1), 113-126.
- Middleman, A. B., Vazquez, I. & DuRant, R. H. (1998). Eating patterns, physical activity, and attempts to change weight among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 22, 37-42.
- 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 (2), 155-169.
- Mitzman, S. F., Slade, P. & Dewey, M. E. (1994). Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 5 (4), 516-522.
- Mora, M. (1992). *Bulimia y variables de riesgo: Un análisis causal*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Morandé, G., Celada, J. & Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescence Health*, 24, 215-219.
- Moreno, A. & Thelen, M. N. (1993). Parental factors related to bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 18, 681-689.

- Nakamura, K., Hoshino, Y., Watanabe, A., Honda, K., Niwa, S., Tominaga, K., Shimai, S. & Yamamoto, M. (1999). Eating problems in female Japanese high school students: A prevalence study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 91-95.
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K. & Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 173-180.
- Nobakht, M. & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265-271.
- Norman, R. M. G., Davies, F., Nicholson, I. R., Cortese, L. & Malla, A. (1998). The relationship of two aspects of perfectionism with symptoms in a psychiatric outpatient population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 50-68.
- Nunnally, C.J. (1991). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Ogden, J. (2003). *The psychology of eating*. Oxford: Blackwell.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Jr., Borowiecki, J. J. & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(2), 112-120.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Jr., Mangweth, B. & Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (9), 1279-1285.
- Parker, W. D. & Adkins, K. K. (1995). A psychometric examination of the Multidimensional Perfectionism Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 323-334.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386-390.
- Pelaez, M. A. F., Labrador, F. J. E. & Raich, R. M. E. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En, J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds). *Trastornos del comportamiento alimentario en países hispano-latino-americanos* (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., Irala-Estévez, J., Martínez-González, F., Lahortiga, F., Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.

- Pla, C. & Toro, J. (1999). Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 100, 441-446.
- Pliner, P. & Haddock, G. (1996). Perfectionism in weight-concerned and unconcerned women: An experimental approach. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 381-389.
- Polivy, J. & Herman, P. C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 1-22.
- Pope, H.G., Jr, Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548 - 557.
- Pope, H.G., Katz, D. L. & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatric*, 34, 406-409.
- Pope, H. G., Jr., Phillips, K. A. & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
- Posavac, H. D., Posavac, S. S. & Posavac, E. J. (1998). Exposure to media influences of female attractiveness and concern with body weight among young women. *Sex roles*, 38, 187-201.
- Pryor, T. & Wiederman, M.W. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 67, 414-421.
- Purdon, C., Antony, M. M. & Swinson, P. R. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in clinical anxiety disorder sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1271-1286.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 15-25.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Pérez, O. & Requena, A. (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 305-315.

- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Raich, R. M., Torras, J. & Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5(1), 55-70.
- Rausch, C. & Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Piados.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility, and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-795.
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Paionni, A., Placidi, G. P., Rotella, C. M. & Faravelli, C. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorders*, 6, 157-165.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130 (2), 179-205.
- Rodríguez, M. G. & Gempeler, J. R. (2006). Los trastornos del comportamiento alimentario en Colombia. En, J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds). *Trastornos del comportamiento alimentario en países hispano-latino-americanos (pp. 43-55)*. México: Manual Moderno.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L. & Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.
- Ross, H. E. & Ivis, F. (1999). Binge eating and substance use among male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 245-260.

- Ruiz-Lázaro, P. M., Alonso, J. P., Velilla, J. M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. & Calvo, A. I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 148-162.
- Saldaña, C. & Tomás, I. (1998). Ansiedad y trastornos de la alimentación. En F. Palmero & E. Fernández-Abascal. (Eds.). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Sánchez, A. P. (2005). Estructuración y evaluación de las propiedades psicométricas de un Cuestionario Multidimensional de Trastornos Alimentarios. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Carracedo, D. (1994). Obesidad y restricción alimentaria. Un estudio empírico en la ciudad de Barcelona. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Saucedo, V. I. A. (2004). *Consistencia Interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J. & León, J. A. (2002). Body-image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6 (1), 83-95.
- Schiltz, T. (2001, Abril). Varones y trastornos de la conducta alimentaria. ( En Red). Disponible en: [www.menresearch/edap.org](http://www.menresearch/edap.org)
- Schur, E. A., Sanders, M. & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Schwartz, D. J., Phares, V., Tanleff-Dunn, S. & Thompson, J. K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 339-343.
- Shaffer, D. (2000). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 777-791.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.

- 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.
- Sherman, T. R. & Thompson, A. R. (1999). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Besser, A., McGee, B. J. & Flett, G. L. (2004). Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the Eating Disorder Inventory perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 69-79.
- Shisslak, C. M., Crago, M. & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.
- Silva, A. R. (1998). *La investigación asistida por computadora*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- 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.
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Kiemble, G. & Newton, T. L. (1990). Update on SCANS. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 583-584.
- Slade, P. D., Phil, M. & Dewey, M. E. (1986). Development and preliminary validation of SCANS: A screening instrument for identifying individuals at risk of developing anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 517-538.
- Slaney, R. B. & Johnson, D. G. (1992). *The Almost Perfect Scale*. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.
- Smith, C. & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863-872.

- Smolak, L., Levine, M P. & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263-271.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychoteraphy*, 22, 564-571.
- Speirs, K. L. (2004). Factors influencing the development of perfectionism in gifted college students. *The Gifted Quarterly*, 48(4), 259-274.
- Srinivasagam, M. N., Kaye, H. W., Plotnicov, H. K., Greeno, C., Weltzin, E. T. & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1630-1634.
- Stein, D., Kaye, W. H., Matsunaga, H., Orbach, I., Har-Even, D., Frank, G. et al., (2002). Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 225-229.
- Stice, E. & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Stöber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (Instead of six) dimensions. *Personal Individual Differences*, 24(4), 481-491.
- Strong, K. G. & Huon, G. F. (1998). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 315-326.
- Striegel-Moore, H. R. & Kearney-Cooke, A. (1995). Exploring parent's attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 377-385.
- Stumpf, H. & Parker, W. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28, 837-852.

- Suddarth, B. H. & Slaney, R. B. (2001). An investigation of the dimensions of perfectionism in college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 157-165.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L. & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 939-946.
- 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.
- Taylor, K. & Anthony, L. (1993). *Nutrición Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.
- Toro, J. (2001). Cuerpos saludables: Cultura, cultivo y sanción. En M. Lameiras & J. M. Faílde (Eds). *Trastornos de la conducta alimentaria. Del tratamiento a la prevención*. (pp. 13-26). España: Tórculo Artes Gráficas.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la Anorexia Nerviosa*. España: Ariel
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influencia on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 89: 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Troop, N. A., Schmidt, U. H. & Treasure, J. L. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: A factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 151-157.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación*. España: Masson.
- Tylka, T. L. & Subich, L. M. (2002). A preliminary investigations of the eating disorders continuum with men. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 273-279.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.

- Unikel, C., Aguilar, J. & Gómez-Peresmitre, G. (2005). Predictors of eating behavior in a sample of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33-39.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25 (2), 49-57.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, E. & Hernández, A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52, 140-147.
- Vandereycken, W., Castro, J. & Vanderlinden, J. (1995). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vanfurth, E. F., Vanstrien, D. C., Martina, L. M., Vanson, M. J., Hendrickx, J. J. & vanEngeland, H. (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 19-31.
- Vázquez, A. R., Alvarez, R. G. & Mancilla, D. J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6): 18-24.
- Vázquez, A. R., López, A. X., Alvarez, R. G., Franco, P. K. & Mancilla, D. J. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
- Vázquez, A. R., López, A. X., Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. M. & Ruiz, M. A. O. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 185-197.
- Vázquez, A. R., López, A. X., Alvarez, R. G., Ocampo, T. M. T. & Mancilla, D. J. M. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Psicología Contemporánea*, 7(1), 56-65.
- Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M., Mateo, G. C., López, A. X., Alvarez, R. G., Ruiz, M. A. & Franco, P. K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.

- Vázquez, A. R. & Raich, R. M. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 59-66.
- Velázquez, A. G. (2003). *Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC) en hombres mexicanos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vera, G. M. N. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*, 10(1), 111-125.
- Vieth, A. Z. & Trull, T. J. (1999). Family patterns of perfectionism: An examination of college students and their parents. *Journal of Personality Assessment*, 72, 49-67.
- Vincent, M. A. & McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (2), 205-221.
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., Heatherton, T. F. & Joiner, T. E., Jr. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (4), 476-496.
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E., Jr., Abramson, L. Y., & Heatherton, T. F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4), 695-700.
- Wade, T. D. & Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 39-45.
- Walsh, B. T. & Devlin, M. J. (1998). Eating Disorders: progress and problem. *Science*, 280, 1387-1390.
- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale*. Documento presentado en reunión de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

Wiseman, C. V., Peltzman, B., Halmi, K. A. & Sunday, S. R. (2004). Risk factors for eating disorders: Surprising similarities between middle school boys and girls. *Eating Disorders*, 12, 315-320.

Whitehouse, A. M., Cooper, P. J., Vize, C. V., Hill, C. & Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: Hidden and conspicuous morbidity. *British Journal of General Practice*, 42, 57-60.

Yela, M. (1997). La técnica del análisis factorial: Un método de investigación en psicología y pedagogía. España: Biblioteca Nueva.

# ANEXOS

**Anexo A1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Registro en trámite)**  
 Traducida y adaptada a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la  
 UNAM FES Iztacala

**INSTRUCCIONES**

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual, sin consultar a nadie.
3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecue a lo que piensas.
5. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

Nombre: _____		Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Edad: _____	Escolaridad: _____					
Peso: _____	Estatura: _____					
Teléfono: _____	Fecha: _____					
1. Mis padres establecen metas muy altas para mí.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. El orden es muy importante para mí.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando era niño me castigaban por no hacer las cosas perfectas.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Si no cumplo las metas más altas que me he propuesto, probablemente seré una persona inferior.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mis padres nunca intentaron entender mis errores.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Es importante para mí ser competente en todo lo que hago.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Soy una persona limpia.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Intento ser una persona ordenada.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Si fallo en el trabajo o escuela, soy un fracaso como persona.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Debería preocuparme si cometo un error.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mis padres quieren que sea el mejor en todo.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me propongo metas más altas que la mayoría de las personas.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Si alguien hace una tarea en la escuela o el trabajo mejor que yo, siento que he fallado en toda la tarea.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Si me equivoco parcialmente, es tan malo como si me hubiera equivocado totalmente.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sólo el trabajo excepcional es aceptable en mi familia.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Moderadamente de acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Moderadamente en desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
16. Soy muy bueno en enfocar mis esfuerzos para lograr una meta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Aún cuando hago las cosas cuidadosamente, casi siempre siento que no lo hice bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Odio ser menos que el mejor en lo que hago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me propongo metas extremadamente altas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mis padres sólo han esperado cosas excelentes de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Probablemente la gente pensará menos en mí si cometo un error.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Nunca he sentido que puedo cumplir las expectativas de mis padres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Las personas aceptan metas más bajas para sí mismas que las que yo me propongo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Si no hago bien las cosas todo el tiempo, las personas no me respetarán.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Mis padres siempre han tenido expectativas más altas para mi futuro en relación a las que yo tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Trato de ser una persona limpia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Usualmente tengo dudas sobre tareas simples que hago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. La limpieza es muy importante para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Espero un rendimiento mayor en mis tareas diarias que la mayoría de las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Soy una persona ordenada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Tiendo a atrasarme en mi trabajo porque hago las cosas una y otra vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me toma mucho tiempo hacer algo bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Si cometo pocos errores, le agradeceré más a las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Nunca he sentido que puedo cumplir con las metas que mis padres me imponen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Anexo A2.** Correlaciones entre la MPS y el EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en la muestra de mujeres con y sin sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario. n = 200

MPS	EAT					BULIT				BSQ			CIMEC			
	RA	MA	PC	PSP	Total	A	SENEG	COCOM	Total	MIC	IC	Total	PUB	MODSOC	RELSOC	Total
Preocupación por los errores	.22 **	.28 ***	.36 ***	.03	.28 ***	.27 ***	.32 ***	.15 *	.31 ***	.34 ***	.37 ***	0.36 ***	.39 ***	.26 ***	.13	.32 ***
Organización	.11	.06	-.02	.04	.08	-.09	-.08	-.04	-.12	.02	-.06	-.04	.05	.01	.01	.02
Indecisión de acción	.21 **	.16 *	.23 **	.03	.22 **	.30 ***	.26 ***	.15 *	.31 ***	.25 ***	.31 ***	0.30 ***	.32 ***	.21 **	-.03	.23 **
Estándares personales	.20 **	.17 **	.05	.06	.18 *	-.01	.05	.03	.01	.14 *	.09	0.11	.19 *	.17 *	.22 **	.16 *
Expectativas paternas	.24 **	.17 *	.06	.13 *	.20 **	.05	.06	.01	.07	.12	.11	0.12	.21 **	.13	.26	.18 *
Críticas paternas	.14 *	.18 *	.31 ***	.09	.20 **	.26 ***	.20 **	.11	.26 ***	.25 *	.30 ***	.30 ***	.34 ***	.20 **	.10	.22 **
Total	.27 ***	.28 ****	.30 ***	.08	.32 ***	.22 **	.24 **	.13	.24 **	.31 ***	.32 ***	0.34 ***	.39 ***	.26 **	.16 *	.30 ***

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$  Restricción alimentaria (RA), Motivación para adelgazar (MA), Preocupación por la comida (PC), Presión social percibida (PSP), Atracción (A), Sentimientos Negativos (SENEG), Conductas compensatorias (COCOM), Malestar por la imagen corporal (MIC), Insatisfacción corporal (IC), Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de los modelos sociales (MODSOC), Influencia de las relaciones sociales (RELSOC).

**Anexo A3.** Correlaciones entre la MPS y el EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en la muestra de hombres con y sin sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario. n = 116

MPS	EAT			BULIT				BSQ			CIMEC				
	MA	CA	Total	A	SENEG	COCOM	Total	MIC	IC	Total	PUB	FIGDEL	FIGMUS	RELSOC	Total
Preocupación por los errores	.07	-.04	.02	.35 ***	.31 **	.12	.36 ***	.27 **	.33 ***	.30 **	.37 ***	.29 **	.23 *	.26 **	.30 **
Organización	-.01	-.01	-.02	-.06	-.09	-.13	-.08	.01	.08	.01	.07	.08	-.01	.12	.04
Indecisión de acción	.21 *	.01	.04	.22 *	.14	.16	.26 **	.14	.21 *	.15	.27 **	.22 *	.20 *	.19 *	.17 *
Estándares personales	.02	.08	-.06	-.01	-.15	-.16	-.07	.01	-.03	.01	.01	.13	.04	.14	.02
Total	.12	.05	.04	.28 **	.14	.05	.27 **	.21 *	.31 **	.23 *	.35 ***	.30 **	.22 *	.29 **	.26 **

Nota. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . Motivación para adelgazar (MA), Control alimentario (CA), Atracón (A), Sentimientos negativos (SENEG), Conductas compensatorias (CC), Malestar por la imagen corporal (MIC), Insatisfacción corporal (IC), Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de la figura delgada (FIGDEL), Influencia de la figura musculosa (FIGMUS), Influencia de las Relaciones Sociales (RELSOC).

**Anexo A4.** Correlaciones entre la MPS y el EAT, BULIT, BSQ y CIMEC en la muestra de mujeres con TCA y mujeres sin TCA. n= 148

MPS	EAT					BULIT				BSQ			CIMEC			
	RA	MA	PC	PSP	Total	A	SENEG	COCOM	Total	MIC	IC	Total	PUB	MODSOC	RELSOC	Total
Preocupación por los errores	.42 ***	.45 ***	.50 ***	.17 *	.49 ***	.44 ***	.45 ***	.38 ***	.48 ***	.50 ***	.56 ***	.55 ***	.49 ***	.48 ***	.06	.51 ***
Organización	-.01	-.01	-.03	-.11	-.04	.03	-.02	-.08	-.01	-.01	-.02	-.02	.04	-.03	-.01	-.01
Indecisión de acción	.33 ***	.32 ***	.34 ***	.18 *	.37 ***	.36 ***	.30 ***	.24 **	.35 ***	.33 ***	.41 ***	.39 **	.31 ***	.28 **	-.01	.30 ***
Estándares personales	.25 **	.19 *	.17 *	.08	.19 *	.08	.17 *	.07	.12	.22 *	.19 *	.21 *	.26 **	.21 *	.08	.25 **
Expectativas paternas	.14	.23 **	.08	.12	.19 *	.14	.16	.06	.16	.22 *	.21 *	.22 **	.19 *	.16	.07	.19 *
Críticas paternas	.32 ***	.32 ***	.36 ***	.20 *	.38 ***	.38 ***	.36 ***	.28 **	.41 ***	.41 ***	.45 ***	.46 ***	.34 ***	.36 ***	.02	.38 ***
Total	.39 ***	.42 ***	.42 ***	.16	.44 ***	.40 ***	.40 ***	.30 ***	.43 ***	.46 ***	.50 ***	.50 ***	.45 ***	.41 ***	.06	.46 ***

*Nota.* \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ . Restricción alimentaria (RA), Motivación para adelgazar (MA), Preocupación por la comida (PC), Presión social percibida (PSP), Atracón (A), Sentimientos Negativos (SENEG), Conductas compensatorias (COCOM), Malestar por la imagen corporal (MIC), Insatisfacción corporal (IC), Influencia de la publicidad (PUB), Influencia de los modelos sociales (MODSOC), Influencia de las relaciones sociales (RELSOC).