



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

TIPO DE PERFECCIONISMO, DIETA Y CONDUCTAS DE RIESGO HACIA LA ALIMENTACIÓN

Autor: Lucía Cortés Hevia-Aza

Director profesional: Gloria García Fernández

Tutor metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2016

Lucía
Cortés
Hevia-Aza

TIPO DE PERFECCIONISMO, DIETA Y CONDUCTAS DE RIESGO HACIA LA ALIMENTACIÓN



Resumen

El propósito de este estudio es analizar la posible relación entre la conducta de hacer dieta, la variable perfeccionismo negativo y las actitudes de riesgo ante la alimentación, asumidas como una mayor probabilidad de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Se midieron estas tres variables en una muestra subclínica de 100 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años, a través de varios cuestionarios, en formato online. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las actitudes de riesgo entre las personas que habían hecho dieta y las que no, pero no se encontraron diferencias significativas cuando se controló la variable perfeccionismo negativo. Se proponen diversas líneas de investigación que podrían aportar información relevante relacionada con este tipo de problemática tan presente en la sociedad actual.

Palabras clave: dieta, perfeccionismo, riesgo, trastornos, alimentación.

Abstract

The purpose of this study is to analyze the possible relation between dieting behaviors, negative perfectionism and dangerous attitudes related to food, assumed as way of increasing the odds of suffering from an Eating Disorder. This three variables were assessed in a subclinical sample of 100 women aged 18-23, using online based scales. Statistically significant differences were found between the risky attitudes of people who had dieted and which of those who hadn't, but any significant differences were found when the variable negative perfectionism was controlled. Future research areas are proposed which may be able to yield some relevant information about this issue, which is highly prevalent in nowadays' society.

Key words: diet, perfectionism, risky, eating, disorders.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen como denominador común un comportamiento inadecuado de cara a las conductas de ingesta (Raich, 2011). El DSM 5 (APA, 2014) incluye en su apartado de “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” los siguientes trastornos: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, que incluye la anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada), el trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada), el trastorno por purgas y el síndrome de ingestión nocturna de alimentos; y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. En la actualidad el 90-95% de las personas que sufre este tipo de trastornos son mujeres adolescentes, con una proporción hombre/mujer de 1:10, siendo más frecuente el comienzo alrededor del final de la adolescencia o el principio de la adultez (Spitzer, 2014).

La anorexia nerviosa (AN), presenta una de las prevalencias más altas en la población. Más concretamente, se estima que en EEUU y Europa una de cada 200 mujeres puede sufrir AN durante su vida (Raich, 2011). La AN se caracteriza por el miedo a ganar peso y una distorsión de la imagen corporal (APA, 2014). La persona que lo sufre presenta un índice de masa corporal por debajo de lo que se considera saludable. Esta condición de extrema delgadez suele derivarse de un abuso de las conductas de restricción alimentaria y ayuno, y suele acompañarse además de conductas adicionales para lograr esta disminución de peso como son el uso de laxantes, el excesivo ejercicio físico o el vómito autoinducido (Raich, 2011). El aspecto más preocupante de este conjunto de síntomas y su evolución en el tiempo es la alta mortalidad que puede alcanzar (9%) (Raich, 2011). Esta alta gravedad, duración, mortalidad, y costes asociados a los procesos de recuperación, son los factores que convierten a esta patología en un problema de salud pública (Sánchez Vázquez y Rossano Bernal, 2012).

Por otro lado, la bulimia nerviosa (BN) se define como un trastorno severo en el cual los individuos tienen un miedo enfermizo a engordar (Russel, como se citó en Raich, 2011). Esta preocupación, que comparten con las personas que padecen AN, les lleva a realizar conductas compensatorias (vómitos o toma de laxantes o diuréticos) tras episodios de rápida y abundante ingesta de comida. Concretamente se establece para su diagnóstico que exista al menos un episodio de atracón seguido de purga a la semana, durante al menos 3 meses (Allen, Byrne, Oddy, y Crosby, 2013). La prevalencia de este trastorno es superior incluso a la de la AN, situándose entre el 1 y el 3% en mujeres jóvenes y adolescentes (Hudson et al.; Wade et al.; Favaro et al., y Keski-Rahkonen et al., como se citó en Raich, 2011). Olesti, Piñol, Martín, De la Fuente y Riera (2008) concretamente estiman una prevalencia de BN del 2,9% (Olesti et al., como se citó en Mateo, 2011).

En países desarrollados como España, donde la delgadez se presenta como un estándar deseable en la población y una característica positiva de cara a la aceptación social, la prevalencia de estos trastornos aumenta cada vez más, convirtiéndose la anorexia en un trastorno que afecta al 14% de la población joven (Riobó, como se citó en García, García, Marín, y Peresmitré, 2005). Martínez (2009) informa de que la prevalencia de la anorexia ascendió en España del 1% al 3% de la población y la bulimia del 3% al 6%, en el último año (Mateo, 2011).

Además, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad (23,9%-47,9%) y con trastornos depresivos (8,7%-39,1%) (Trent, Moreira, Colwell, y Mehler, 2013). Son muchos los elementos que se han puntualizado como factores comunes a las personas que sufren estos trastornos, y por lo tanto factores de riesgo a la hora de desarrollarlos o mantenerlos. Algunos de estos factores de riesgo son: la interiorización del modelo estético delgado y la presión social que obliga a seguir estos estándares, la dieta restrictiva, la insatisfacción corporal, la autoestima baja, o el perfeccionismo (Levine y Smolak; Stice, como se citó en Raich, 2011). La interacción de estos factores, entre sí y con predisponentes genéticos, puede dar lugar al desarrollo de un trastorno alimentario (Bulik, Slof-Op'tLandt, van Furth y Sullivan, como se citó en Raich, 2011).

En la sociedad actual los medios de comunicación, especialmente la televisión, emiten a diario mensajes que sugieren que un mayor éxito a nivel emocional, laboral e incluso personal estaría asociado a una imagen corporal delgada y esbelta (Guerro-Prado, Barjau Romero, y Chinchilla Moreno, 2001). También los medios impresos difunden este prototipo de una forma marcada. Diversos estudios han evidenciado que la visualización de imágenes de mujeres excesivamente delgadas puede causar en adolescentes con TCA una posterior distorsión del propio cuerpo, frente a la observación de imágenes neutras. Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral, y Raich (2012) sugieren que la internalización de los ideales de la belleza desde la infancia supone un riesgo de insatisfacción corporal y de conductas de riesgo ante la alimentación, cuando no se logra el peso deseado. Tras pasar la pubertad, periodo caracterizado por un gran número de cambios corporales, las adolescentes suelen encontrar grandes discrepancias entre su cuerpo real y los ideales interiorizados. No es así en el caso de los varones, lo cuales suelen estar más satisfechos con sus cuerpos a medida que se produce en ellos la maduración sexual (Portela de Santana et al., 2012). Estos autores confirman que la insatisfacción corporal está presente en un 25% a un 81% de las adolescentes y en un 16% a un 55% de los adolescentes, y contribuye a la aparición de diversas patologías físicas y psicológicas: obesidad, comportamientos y actitudes alimentarias negativas, baja autoestima, o síntomas de depresión. En estos grupos poblacionales, además de existir trastornos psicopatológicos de estas características, existen otras actitudes de riesgo relacionadas con la

preocupación por la comida como el recuento de calorías, la atención especial a la posibilidad de engordar, o la realización de dietas estrictas. En la revisión llevada a cabo por Mateo (2011) encontramos prevalencias del 11-16% para las puntuaciones de 30 o más en la escala EAT (*Eating Attitudes Test*; Garner y Garfinkel, 1979), que mide la existencia de pensamientos disfuncionales relacionados con la alimentación. En algunos casos contenidos en este continuo de preocupación excesiva por la alimentación, estas primeras conductas, generadas y mediadas por otros factores, pueden dar lugar a una sintomatología alimentaria de complicada evolución, recogida en el manual diagnóstico bajo una etiqueta determinada. En los últimos 20 años han aparecido en la literatura conductas y actitudes de desmesurada preocupación, restricción de la ingesta o toma de medidas para el control excesivo de la alimentación que, a pesar de no poder ser incluidas en ninguna categoría diagnóstica, deberían ser en sí mismas motivo de preocupación ya que pueden resultar incapacitantes para el funcionamiento adecuado de la vida de las jóvenes, además de suponer un riesgo de cara a un agravamiento futuro de sus prácticas de control (Behar, 2008).

También es importante destacar que estas relaciones entre insatisfacción corporal y patología de riesgo pueden ser recíprocas: la insatisfacción con la imagen corporal contribuye a la aparición de la problemática mencionada anteriormente y estos problemas pueden aumentar la diferencia entre el peso ideal y el actual, y aumentar así la insatisfacción corporal, incrementando el daño a la salud psicológica y física de los adolescentes (Portela de Santana et al., 2012). Estos autores exponen los resultados de un estudio de cinco años de seguimiento en el que se encontró que las adolescentes que querían estar más delgadas eran cuatro veces más propensas a desarrollar actitudes alimentarias de riesgo, en comparación con las participantes que no lo deseaban (Portela de Santana et al., 2012). Por otro lado, Guerra-Prado et al. (2001) registraron una correlación positiva entre la lectura de las revistas en las que se mostraban imágenes de mujeres excesivamente delgadas, y un aumento de la realización de dietas para perder peso en mujeres preadolescentes y adolescentes (Guerra-Prado et al., 2001). En este sentido se puede concluir que una baja satisfacción corporal en adolescentes es un factor de motivación para la realización de dieta, que puede derivar en conductas inadecuadas de control de peso. Además, en ocasiones estas conductas restrictivas pueden dar lugar a una ingesta compulsiva de alimentos y una consecuente ganancia de peso, lo cual lleva a una insatisfacción aún mayor (Portela de Santana et al., 2012).

La importante influencia de este tipo de factores estéticos en el pensamiento de la sociedad actual y la frecuencia con la que podemos encontrarlos a nuestro alrededor ponen de manifiesto la necesidad de investigar los mecanismos que pueden mediar entre los estándares culturales que llevan a muchas jóvenes a realizar una dieta en ausencia de problemas de peso, y las actitudes de riesgo hacia la alimentación. A esta situación se añade el hecho de que hoy en

día las dietas están muy extendidas en la población general. Hsu en 1990 concluyó a través de un estudio que el 69% de la población había hecho dieta alguna vez (Raich, 2011). En general podemos entender la dieta como una reducción de alimentos no saludables e incremento de alimentos más sanos, con el fin de mejorar el estado físico o nutricional; sin embargo, en ciertas ocasiones esta situación puede derivar en, o directamente surge como, una restricción alimentaria destinada a la pérdida de peso, que comprende actividades no saludables como pasar hambre, saltarse comidas o no comer (Neumark-Sztainer y Story, como se citó en Raich, 2011). En estos casos la conducta de “hacer dieta”, asociada a otros factores de riesgo, podría convertirse en antecedente de sintomatología alimentaria, siendo la insatisfacción corporal la que llevaría a las jóvenes a realizar tanto conductas restrictivas de dieta poco saludables como atracones (*Project EAT*, 1999-2002; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines y Story, 2006). De todos modos, aunque es en este último caso cuando se debe prestar especial atención a las conductas de dieta, el simple hecho de controlar la alimentación puede constituir en sí mismo un factor de riesgo que, en interacción con otros aspectos de la vida de la persona, puede contribuir al desarrollo de un trastorno de estas características, tomando como punto de partida la insatisfacción corporal mencionada anteriormente. Por eso sería de utilidad evaluar, no sólo las conductas de dieta llevadas a cabo por estas personas, sino aquellas que son motivadas por una baja estima del propio cuerpo.

Patton, Selzer, Coffey, Carlin, y Wolfe (1999) llevaron a cabo un estudio de cohortes de 3 años de duración con población adolescente, en el que obtuvieron los siguientes resultados: el 8% de las adolescentes de 15 años que fueron evaluadas habían hecho dietas estrictas y el 60% de la muestra habían llevado a cabo dietas moderadas, ambos niveles evaluados a través de la “*Adolescent Dieting Scale*” (Patton et al., 1999), que mide las estrategias dietéticas que las adolescentes pueden estar o no llevando a cabo en diversos niveles: recuento de calorías, reducción de cantidad de alimento ingerida durante las comidas, y saltarse alguna comida. En primer lugar, las adolescentes que llevaron a cabo dietas estrictas tenían una probabilidad 18 veces mayor de sufrir un trastorno de la alimentación, en un periodo de 6 meses, que las jóvenes que no hacían dieta, y en 12 meses se estimaba que tenían una probabilidad de 1 entre 5 de desarrollar el trastorno; en el caso de las jóvenes que llevaban a cabo dietas moderadas, su probabilidad de presentar los síntomas era 5 veces mayor que la del grupo que no hacía ninguna dieta, teniendo a los 12 meses una probabilidad de 1 entre 40 de sufrir el trastorno; por último, menos de 1 entre 500 adolescentes del grupo que no hacía dietas desarrollaron un trastorno alimentario a lo largo del estudio (Patton et al., 1999). Se concluye que, a pesar de que a la luz de estos resultados llevar a cabo una dieta se puede proponer como un factor de riesgo de cara a sufrir este tipo de trastornos, el hecho de que una adolescente en ausencia de problemas de sobrepeso esté haciendo una dieta de tipo “estricta” ya podría estar indicando que existen ciertos

problemas psicológicos relacionados con la alimentación (Patton et al., 1999). En esta misma línea Morandé (2011) también afirma que todas las conductas de riesgo destinadas a perder peso, derivadas de muchos otros factores, son las que acaban por desencadenar una problemática de estas características. Saucedo-Molina, y Unikel Santoncini (2010), introducen el término CAR (Conductas Alimentarias de Riesgo) e incluyen entre ellas las dietas restrictivas (Saucedo-Molina y Unikel Santoncini, 2010). Más concretamente, Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, y López-Miñarro (2013) hablan de que el riesgo de padecer un TCA es ocho veces mayor en los adolescentes que hacen dietas restrictivas, frente a los que no las hacen (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013). Estas variaciones en la manera de hacer dieta (estricta/moderada) podrían corresponderse con perfiles diferentes de las adolescentes (más/menos perfeccionistas u obsesivos), los cuales podrían influir, no sólo en la manera de regular su alimentación, sino también posteriormente en la posibilidad de que esa regulación de alimentación pueda desembocar en un trastorno alimentario.

La influencia del perfeccionismo en los trastornos de la alimentación ha sido estudiada por diversos autores a lo largo del tiempo. En un estudio llevado a cabo por Vásquez, Angel, Moreno, García, y Calvo (1999) con una muestra compuesta por un grupo de adolescentes que sí habían sido diagnosticados de anorexia nerviosa y un grupo control que no padecía este trastorno, los autores encontraron que el antecedente de hacer dieta para adelgazar previo al inicio de la enfermedad fue un factor precipitante, significativamente más frecuente entre los pacientes 50%, en contraste con los controles, quienes no presentaron dicho antecedente (Vazquez et al., 1999). Más concretamente los autores afirman que la mayoría de las pacientes comenzaron una dieta para adelgazar antes de sufrir la anorexia nerviosa. Sin embargo, la sintomatología obsesiva que mostraban los pacientes durante la enfermedad se relacionaba con aspectos alimentarios (forma de percibir su cuerpo, relación con la comida...) y desaparecía con los síntomas de la anorexia. Como hacen referencia también Portela de Santana et al. (2012), estas conductas de dieta se asocian con intentos de recuperar el control de la ingesta alimentaria y además generan expectativas inadecuadas relacionadas con metas no realistas que en un futuro contribuyen a reforzar la insatisfacción corporal y la percepción de ineficacia. Estos resultados, sumados al hecho de que no se ofrecen datos de la presencia o ausencia de un perfil obsesivo en los jóvenes antes de sufrir el trastorno alimentario, llevan a los autores a proponer que el desarrollo de esta sintomatología es posterior y consecuencia de la anorexia.

Además de la asociación que muestran estos estudios entre TCA y perfeccionismo, una vez desarrollado al trastorno, el perfeccionismo es un rasgo que se podría encontrar asociado los TCA incluso antes de padecer la sintomatología alimentaria. Algunos estudios relacionan el perfeccionismo en la niñez y en la adolescencia con un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en la edad adulta (Elizathe, Murawski, Custodio, y Rutzstein, 2012). Algunas

características del perfeccionismo clínico que caracteriza a las personas con TCA serían: persecución rigurosa para conseguir los estándares que se han fijado, aun sufriendo consecuencias adversas en su rendimiento real y en su deterioro en otras áreas de su vida; no se fijan en cada logro, pues éste es reemplazado por otro más exigente; repetida revisión de su rendimiento; o miedo a fallar en conseguir los logros fijados (Raich, 2011). Uno de los pocos estudios que sitúan las características obsesivas de personalidad como antecedentes de conductas relacionadas con trastornos alimentarios existentes sería el de Kasvikis et al. (1986), que demuestra la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos antes de la emergencia de los problemas alimentarios. Herbert J. Chappa también llevó a cabo un estudio en 2012 acerca de la relación existente entre los rasgos obsesivos y las actitudes disfuncionales hacia el peso y los alimentos en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años, tanto mujeres como varones. La conclusión que extrajo coincide con los resultados obtenidos por Rodríguez-Jiménez, Blasco y Piqueras (2014): existe una relación entre la sintomatología obsesivo-compulsiva y el perfeccionismo, que destaca en el caso de las mujeres. A raíz de estos datos lo que Chappa propone es que ciertos factores psicosociales como la imitación social, las presiones familiares o los estándares autoimpuestos podrían estar mediando en esta relación (Chappa, 2012). Chappa (2012) añade que los rasgos obsesivos en personas con TCA supondrían un aumento de la severidad del trastorno y dificultarían un buen pronóstico (Chappa, 2012). Con todos estos datos se puede concluir que las personas con perfiles excesivamente perfeccionistas, controladores o incluso obsesivos, podrían sufrir un mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos, pero que no habría que olvidar la hipótesis de una multicausalidad en el desarrollo de los TCA. Las conclusiones a las que llegan todos estos autores llevan además a pensar que podría resultar de interés llevar a cabo una investigación de estos síntomas perfeccionistas, previos al desarrollo de un trastorno alimentario, y su influencia en el desarrollo del mismo, para poder seguir avanzando en la etiología y evolución de los TCA. El poder analizar además el efecto que tendría en esta relación (riesgo de TCA-perfeccionismo) en el hecho de llevar a cabo una dieta en ausencia de problemas de peso, podría resultar de utilidad de cara a la prevención de este trastorno de temprana aparición, en personas en riesgo. Además, debido a la popularidad de las dietas en nuestra sociedad y al carácter inofensivo asociado a ellas, se pone de manifiesto la necesidad de investigar los factores que puedan estar modulando la influencia de estos procesos restrictivos en el riesgo de padecer estos trastornos.

Para poder definir de manera más concreta el tipo de rasgos que podría estar mediando en esta relación, Rodríguez-Jiménez et al. (2014) llevaron a cabo un estudio que relacionaba la sintomatología obsesiva en el adolescente con un estilo perfeccionista (auto o socialmente orientado). Se puede definir el perfeccionismo como la tendencia a plantearse unas metas demasiado altas e irreales, adherirse rígidamente a ellas y valorarse a sí mismos en función de

los logros de estas metas (González, Fernández, Rovella, Curbelo y Padilla, 2013). Tradicionalmente este constructo había sido entendido como un aspecto unidimensional, con connotación negativa o disfuncional. Sin embargo, en los últimos años se han llevado a cabo diversos estudios para analizar el carácter multidimensional del perfeccionismo.

El primero en investigar sobre este aspecto fue Hamacheck en 1978. Diferenció entre el perfeccionismo “normal”, socialmente deseado, asociado a características positivas, y adaptativo de cara a un adecuado funcionamiento psicológico; y el perfeccionismo “neurótico”, caracterizado por una búsqueda de metas y objetivos extremadamente elevados, intenso temor al fracaso, evitación del mismo, desadaptativo para sentir placer y satisfacción con los logros obtenidos, y acompañado de sentimientos de inadecuación (Scappatura, Arana, Elizathe y Rutzstein, 2011). Por otro lado, Slade y Owens (1998) propusieron un modelo en el que los dos tipos de perfeccionismo, positivo y negativo, se diferenciaban en las contingencias de aprendizaje en las que habían sido creadas. El perfeccionismo positivo era el producto de una historia de refuerzos positivos, que orientaban a la persona a la búsqueda del logro, de una manera activa; por otro lado, el perfeccionismo negativo había sido forjado a través de una historia de refuerzos negativos, y por lo tanto se manifestaba como un conjunto de conductas de evitación, destinadas a evitar el fracaso y movidas por el miedo a éste (Scappatura et al., 2011). González et al. (2013) diferencian entre dos tipos de perfeccionismo: funcional y disfuncional. El perfeccionismo funcional estaría definido como las cogniciones o conductas dirigidas hacia la realización de metas elevadas para obtener consecuencias positivas (refuerzo positivo), de manera que el logro de esas metas y las recompensas por alcanzar esos estándares incrementan el afecto positivo; el disfuncional se referiría a las cogniciones y conductas dirigidas hacia la realización de metas elevadas, pero en ese caso para evitar o escaparse de consecuencias negativas (refuerzo negativo), incrementado el afecto negativo (González et al., 2013). El perfeccionismo funcional se relacionaría con la persecución de metas guiada por una visión optimista del logro de las mismas, mientras que la persona que se caracterice por tener un estilo perfeccionista más disfuncional tiende a prestar más atención a sus errores, por pequeños que sean, y a mantener una actitud inconformista ante cualquier tipo de logro, lo que dificulta experimentar sensaciones de satisfacción hacia los triunfos logrados. La evidencia empírica muestra una asociación entre este último tipo de perfeccionismo y ciertos trastornos psicopatológicos como depresión, ansiedad, ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo, o trastornos alimentarios (González et al., 2013). Por otro lado, los resultados derivados de un estudio llevado a cabo por Pamies (2014) apoyan también estas conclusiones ya que se encontró que el perfeccionismo auto-orientado y el prescrito socialmente obtuvieron una correlación significativa con la puntuación total en el EAT-40 y los diferentes factores que lo componen (Pamies, 2014). A raíz de estos resultados la autora concluyó que los adolescentes con mayor

riesgo de desarrollar un trastorno alimentario presentaban un mayor perfeccionismo auto-orientado y prescrito socialmente que los adolescentes con menor riesgo de desarrollar el problema (Pamies, 2014).

El enfoque en el que se centra este estudio es el de Slaney, Rice, Mobley, Trippi y Ashby (2001). Estos autores diferenciaron entre un perfeccionismo adaptativo, guiado por la existencia de altos estándares, y un perfeccionismo desadaptativo, que pone el énfasis en la discrepancia que existe entre estos estándares y las posibilidades que cree el sujeto que tiene de llegar a estas metas (Scappatura et al., 2011). En esta misma línea Elizathe et al. (2012) definen el perfeccionismo clínico que se asocia a los TCA como: *“la tendencia a establecerse estándares elevados de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores”* (Frost, Marten, Lahart, y Rosenblate, como se citó en Elizathe et al., 2012) haciendo referencia en los TCA a: *“la búsqueda de un estándar excesivamente elevado, prácticamente inalcanzable, en relación al peso y la forma corporal”* (Goldner, Cockell, y Srikameswaran, como se citó en Elizathe et al., 2012).

En general existe una gran controversia acerca de la relación que existe entre los tipos de perfeccionismo y el riesgo de desarrollar un TCA, pero parece haber cierto consenso en el hecho de que en los últimos años el perfeccionismo ha pasado a considerarse un concepto multidimensional.

En general la escasez de trabajos publicados sobre este tema, la discrepancia entre los estudios existentes y el hecho de que muchos de ellos llevan a cabo el análisis de la influencia del perfeccionismo en el riesgo de TCA considerando el perfeccionismo como un constructo unidimensional, justifican la necesidad de llevar a cabo más investigación en esta área. Cabe destacar además que la mayoría de los estudios han ofrecido evidencias a favor de una mayor influencia de factores obsesivos o perfeccionistas en mujeres y de una relación acusada en la muestra femenina entre estos rasgos y el riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria o el padecimiento del mismo. Del mismo modo las conclusiones obtenidas en los estudios anteriores hacen referencia a muestras de jóvenes y adolescentes, los cuales constituyen una muestra de interés de cara al estudio de los trastornos de la alimentación por ser complicaciones que suelen comenzar en estas edades.

El objetivo de este estudio es evaluar la relación existente entre las actitudes de riesgo ante la alimentación que podrían suponer un riesgo de sufrir TCA (operativizadas como una puntuación elevada en el inventario EAT-40), y el hecho de haber llevado a cabo dieta/s (motivada/s por una insatisfacción corporal), modulada por el perfeccionismo desadaptativo, en una muestra de mujeres jóvenes (entre 18 y 23 años).

La hipótesis inicial que guía esta investigación es que un patrón perfeccionista disfuncional es un factor modulador de la influencia del hecho de haber llevado a cabo una dieta y estar en la actualidad en riesgo de sufrir un TCA: se encuentran diferencias en la puntuación en la escala EAT-40 entre las personas que han hecho dieta y tienen un perfil perfeccionista desadaptativo -puntuación más alta en el EAT-40, de riesgo-, y las personas que han hecho dieta pero no tienen un perfil perfeccionista desadaptativo-puntuación más baja en el EAT-40-.

Método

Participantes

Las participantes de este estudio fueron 100 mujeres de nacionalidad española de la población general, con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años, que accedieron voluntariamente a participar en este estudio. La media de edad fue 21,7 años y la desviación típica 1,5.

Como criterio de exclusión se estableció que las jóvenes no cumplieran los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria.

Variables e instrumentos

El diagnóstico de TCA se evaluó en un primer formulario en el que se les preguntó a las participantes por esta cuestión, y ellas tuvieron que responder “sí” o “no” (*¿Has sido diagnosticada en alguna ocasión de algún trastorno del comportamiento alimentario?*). En este mismo formulario se incluyó la pregunta de si las participantes, motivadas por una insatisfacción corporal o de cara a la mejora de tu apariencia, habían llevado a cabo una dieta durante 2 o más meses, en los últimos dos años, a lo que tuvieron que responder de nuevo “sí” o “no”.

Para medir el perfeccionismo se empleó la escala APS-R (*Almost Perfect Scale-Revised*, Slaney, Mobley, Trippi, Ashby, & Johnson, 1996), adaptada y traducida por Arana, Keegan y Rutzstein (2009). Esta escala se compone de 23 ítems con formato de respuesta de tipo Likert con 7 opciones (desde 1= Fuertemente en desacuerdo a 7= Fuertemente de acuerdo) que indican grado de acuerdo a las afirmaciones. A su vez la escala presenta tres subescalas: Estándares, Orden y Discrepancia. La escala Estándares (7 ítems) evalúa la presencia de estándares elevados de desempeño. La escala Orden (4 ítems) mide la preferencia por el orden y la pulcritud. La escala Discrepancia (12 ítems) evalúa el grado en que los entrevistados se perciben a sí mismos como incapaces para alcanzar sus propios estándares de desempeño. Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos por Arana, Scappatura, Lago y Keegan (2009) en su adaptación del instrumento al español en una muestra argentina fueron ,92 para Discrepancia,

,85 para Altos Estándares, y ,86 para Orden. Los autores obtuvieron un coeficiente Alpha de Cronbach de ,887 para la escala total en toda la muestra (n=268), y en cuyo estudio los 3 factores de la escala explicaron el 53,35% de la varianza.

Por último, con el fin de evaluar las actitudes de riesgo ante la alimentación se aplicó el EAT-40 (*Eating Attitudes Test*, Garner y Garfinkel, 1979) adaptado a una muestra española y traducido por de Irala, Cano-Prous, Lahortiga-Ramos, Gual-García, Martínez-González y Cervera-Enguix (2008). Está compuesta por 40 Ítems, cada uno de ellos con 6 opciones de respuesta, de la A a la F, según la frecuencia (A: Nunca; B: Casi nunca; C: Algunas veces; D: Bastantes veces; E: Casi siempre; F: Siempre). Los autores reportan que para el punto de corte recomendado por los autores originales del cuestionario (EAT > 30) se obtuvo una sensibilidad del 52,7% y una especificidad del 93,8%. La mejor predicción diagnóstica del cuestionario como instrumento de cribado de TCA en su muestra se obtuvo utilizando un punto de corte de 21, con el que se consiguió una sensibilidad del 73,3% y una especificidad del 85,1%, así como un valor predictivo positivo del 20% y un valor predictivo negativo del 98,4%. Las puntuaciones obtenidas en este test se analizaron de manera no dicotómica para poder observar las diferencias dentro de un continuo.

Procedimiento

La muestra de fue recogida por una psicóloga general sanitaria en diciembre de 2015, mediante la técnica de bola de nieve y con la ayuda de las redes sociales (*Facebook*). Debido a que todas las pruebas eran inventarios breves y con el fin de ahorrar tiempo a las participantes y facilitar la recogida de información, todas las pruebas se aplicaron seguidas y en formato online. La duración total aproximada de esta prueba era de 10 minutos. Para elaborar este cuestionario online se empleó la plataforma de Google formularios, donde se introdujeron primero las preguntas correspondientes a los criterios de exclusión, y a continuación las preguntas correspondientes a los dos cuestionarios.

En este formulario electrónico, al comienzo de la prueba las participantes tuvieron que contestar a la primera pregunta, para descartar aquellas jóvenes que hubieran sido diagnosticadas de TCA. En el caso de que contestaran “sí” a esta cuestión, el formulario les dirigía al final de la prueba y no tenían que completar ningún cuestionario más, ya que estas participantes eran automáticamente eliminadas de la muestra. También ocurrió lo mismo con los participantes varones. A continuación, el resto de participantes rellenaron las tres pruebas restantes, tanto la pregunta inicial sobre conductas de dieta como la escala de perfeccionismo y el test de riesgo de TCA. También se aseguró dentro de este formato electrónico que todas las preguntas fueran de respuesta obligatoria, lo cual no permitía pasar al siguiente cuestionario o finalizar la prueba sin haber contestado todas las preguntas de la página anterior. Una vez los

participantes habían respondido a todas las pruebas, los resultados se trasladaban en forma de documento Excel a una base de datos, que fue la que se empleó para el análisis de los datos.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis estadísticos y de frecuencias para conocer las características clínicas de la muestra, así como un ANCOVA para evaluar la relación existente entre las variable independiente “perfeccionismo” y “dieta” y la variable dependiente “actitudes de riesgo ante la alimentación”. Con esta prueba se quiso determinar si existían o no diferencias estadísticamente significativas entre las personas que sí habían hecho dieta y las que no, en los resultados del test EAT, controlando los resultados para la variable “perfeccionismo negativo”. Para ello se midió la VD (“actitudes de riesgo ante la alimentación”) como una variable no dicotomizada, “hacer dieta” fue considerado el factor, y el “tipo de perfeccionismo” la covariable.

Para poder realizar todos estos análisis se comprobó el supuesto de normalidad de la variable dependiente: se comprobó que la asimetría (1,4) era menor de 2, y la curtosis (1,7) menor de 7, por lo que se mantuvo el supuesto de normalidad atendiendo a los criterios de West, Finch y Curran (1995).

Los análisis estadísticos del estudio se llevaron a cabo mediante el programa estadístico SPSS, versión 22.0.

Resultados

Actitudes de riesgo ante la alimentación en la muestra

La muestra estaba compuesta por 100 sujetos, cuya media de puntuaciones en el test EAT fue de 16,8 (10,4). La muestra de personas que sí habían hecho dieta estaba compuesta por 40 sujetos, cuya media de puntuaciones en el test EAT fue de 21,3 (11,3); y la muestra de personas que no habían hecho dieta estaba compuesta por 60 sujetos, cuya media de puntuaciones en el test EAT fue de 13,9 (8,5).

Influencia del perfeccionismo en la relación entre hacer dieta y las actitudes de riesgo ante la alimentación

Se realizó un ANCOVA para observar el efecto del factor “dieta” en la variable dependiente, “actitudes de riesgo ante la alimentación”, controlando el factor “perfeccionismo negativo”.

Tabla 1. Pruebas de los efectos intersujetos (covariable)

	F	Sig.
Perfeccionismo negativo	0,1 (1,97)	,8

Sin embargo, no se pudo asumir una relación entre la variable dependiente y la covariable [$F(1,97)$, $p >,05$] (*Tabla 1*), por lo tanto se excluyó la covariable del modelo y se realizó una prueba T para muestras independientes para determinar el efecto de la variable “dieta” en la variable “actitudes de riesgo ante la alimentación” en los niveles “sí ha hecho dieta durante 2 o más meses, en los últimos dos años” y “no ha hecho dieta durante 2 o más meses, en los últimos dos años”.

Tabla 2. Prueba t de muestras independientes

	T	Sig.
Actitudes de riesgo ante la alimentación	-3,5 (68)	,001

Se encontró un efecto significativo de la variable “dieta” en la variable dependiente “actitudes de riesgo ante la alimentación” con un nivel de significación $p <,05$ para los dos niveles del factor [$T(68) = -3,5$; $p <,05$], (*Tabla 2*).

En primer lugar, con estos resultados no se puede afirmar que la variable “perfeccionismo negativo” tenga relación con la variable dependiente “actitudes de riesgo ante la alimentación”, como se postulaba en la hipótesis inicial.

Por otro lado, teniendo en cuenta los resultados de la prueba T, podemos observar que sí existen cambios en la variable dependiente según los dos niveles de la variable independiente “dieta”. Estos segundos resultados validan la idea anterior: se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente “actitudes de riesgo ante la alimentación” según la variable “dieta”, pero el factor “perfeccionismo negativo” no parece mostrar una influencia en esas diferencias.

Discusión

La investigación acumulada hasta la fecha subraya que, tanto las dietas, sobre todo aquellas de carácter fuertemente restrictivo, como los rasgos obsesivos y perfeccionistas han mostrado una destacada influencia en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Por este motivo el objetivo del presente estudio fue valorar, en una muestra de mujeres españolas con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años que no hubieran padecido ningún tipo de trastorno del comportamiento alimentario, si el hecho de tener un perfil perfeccionista negativo alteraba de algún modo la relación entre hacer dieta, motivada por una insatisfacción con el propio cuerpo, y actitudes alimentarias de riesgo.

En cuanto a los resultados, se observó que existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la variable "actitudes de riesgo ante la alimentación" en los dos grupos de la variable "dieta", siendo más altas en las personas que sí habían seguido o estaban aún siguiendo una dieta. Esto apoya los hallazgos encontrados por Portela de Santana et al. (2012), que afirman que existe una elevada insatisfacción corporal en la población joven femenina que puede dar lugar no sólo a dietas sino a actitudes alimentarias negativas o de riesgo como el recuento de calorías, la atención especial a la posibilidad de engordar o la rigidez y elevada exigencia en dichas dietas (Portela de Santana et al., 2012). Behar (2008) también hace referencia al hecho de que en los últimos años las conductas restrictivas se han convertido en un factor que puede llegar a interferir en el funcionamiento adecuado de la vida de las mujeres jóvenes y que lo que comienza como una dieta puede derivar en un trastorno tras el agravamiento de las conductas de control (Behar, 2008). En esta misma línea, los estudios de Neumark-Sztainer y Story en 1998 ya apoyaban la idea de que las conductas de dieta podían asociarse a otros factores de riesgo para dar lugar a actitudes no saludables hacia la alimentación (Neumark-Sztainer y Story, como se citó en Raich, 2011). Otros estudios que también apoyaron los resultados obtenidos en la presente investigación fueron aquellos que estimaban que existía una mayor probabilidad de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por actitudes y conductas de riesgo ante la alimentación, en aquellas personas que estaban llevando a cabo una dieta (Patton et al., 1999; Vásquez et al., 1999). En general todos estos estudios coinciden con los resultados obtenidos, afirmando que existe una mayor probabilidad de desarrollar conductas de riesgo ante la alimentación en aquellas personas que llevan a cabo una dieta derivada de la insatisfacción corporal que en las que no lo hacen, lo cual puede suponer un riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la variable "actitudes de riesgo ante la alimentación" entre los dos grupos de la variable "dieta", cuando se controlaba el efecto de la variable "perfeccionismo negativo". Estos

resultados no apoyan la hipótesis de que existe una relación entre dichas conductas y el perfeccionismo negativo, como postulaban los datos recogidos en la literatura.

Los estudios llevados a cabo por Elizathe et al. (2012) afirmaban que el perfeccionismo, evaluado en la adolescencia y la niñez, se asociaba con un mayor riesgo de padecer trastornos de la alimentación en la edad adulta (Elizathe et al., 2012). Por otro lado Slaney et al. (2001) relacionaron un perfeccionismo disfuncional o negativo, entendido como una elevada discrepancia entre los estándares autoestablecidos y la estimación de la probabilidad de alcanzarlos, con ciertos trastornos psicopatológicos entre los que se encontraban los trastornos alimentarios (Scappatura et al., 2011). En esta misma línea, Raich (2011) también expone que en las personas que han desarrollado algún trastorno de la conducta alimentaria se encuentran rasgos perfeccionistas como la dificultad para reconocer los propios logros, el establecimiento de metas cada vez más elevadas y la compulsiva revisión del rendimiento, características similares a las descritas por Slaney et al. (Raich, 2011). También González et al. (2013) escriben acerca de que las personas que sufren estos trastornos tienden a focalizar la atención en los errores, independientemente de su magnitud, y a la vez a menospreciar los logros que van obteniendo. Esto suele derivar en una gran insatisfacción que les causa malestar (González et al. 2013).

Los resultados del estudio no parecen coincidir con estos datos. Las hipótesis que se plantean para justificar la discrepancia entre estos estudios y la presente investigación se centran en las diferencias muestrales. Estos estudios se llevaron a cabo en población clínica que había desarrollado algún trastorno de la conducta alimentaria. En este estudio, sin embargo, la población que se incluye es subclínica y además la media de edad supera a la edad predominante en estudios previos (preadolescencia y adolescencia). En la muestra estudiada, compuesta por personas con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años de edad, que no sufren ni han sufrido nunca un Trastorno de la Conducta Alimentaria, no se ha demostrado que exista relación entre conductas de riesgo ante la alimentación y perfeccionismo negativo. Puesto que, al contrario que las muestras recogidas en los estudios anteriormente mencionados, la población está compuesta por mujeres adultas, que se encuentran en una franja de edad de menor riesgo de inicio de TCA en caso de no haberlo sufrido con anterioridad, cabe considerar la congruencia de los resultados obtenidos, respecto a los datos que nos ofrece la literatura: la muestra compuesta por personas que no sufren TCA, y además parecen situarse en un bajo riesgo de padecerlo, no muestra relación entre las conductas de riesgo ante la alimentación y los síntomas perfeccionistas negativos. A partir de esta información no se puede afirmar que las personas excluidas del estudio por sufrir o haber sufrido TCA sí hubieran mostrado relación entre ambas variables en caso de haber participado en la investigación, pero este hecho podría considerarse objeto de futuros estudios.

Es por ello que una de las posibles líneas de investigación en este ámbito podría consistir en la comparación de los resultados de este estudio con los de una muestra clínica con las mismas características demográficas. En este caso se podrían postular hipótesis sobre las diferencias entre población clínica y subclínica y sus rasgos perfeccionistas negativos, ayudando así a esclarecer si los matices que se pueden encontrar en el perfeccionismo que acompaña a estos TCA tienen que ver con esta “negatividad” o “discrepancia” entre las metas planteadas y la evaluación de los logros conseguidos.

Otra de las líneas de investigación que podrían continuar los hallazgos en este campo sería la evaluación de estos rasgos en población más joven. Si se evaluara el perfeccionismo negativo y las conductas de riesgo ante la alimentación en edades más tempranas, como los 8, 9, o 10 años, edades a las que aún es poco frecuente encontrar TCA, se podría analizar cómo estos factores se asocian o no en las menores, independientemente del desarrollo futuro de TCA. En este tipo de investigación lo óptimo sería plantear un diseño prospectivo que además pudiera analizar la sintomatología alimentaria de las participantes en edades más avanzadas, sobre todo tras superar aquellas edades de mayor riesgo en el inicio de un trastorno de estas características, para así comprobar la relación que se establece entre esos rasgos perfeccionistas y de riesgo en la infancia tardía y preadolescencia, y la presencia o ausencia de TCA en la adolescencia y edad adulta.

En tercer lugar, otro aspecto que podría ser producto de investigación futura es el nivel de restricción en las dietas. Muchas de las investigaciones expuestas hacen referencia a dietas de carácter restrictivo que se asocian en mayor medida a presentes y futuras conductas y actitudes de riesgo. En el caso de este estudio ha habido poca concreción en cuanto a este aspecto, preguntando únicamente a las participantes si, fruto de un descontento con el propio cuerpo, habían o estaban llevando a cabo una dieta. Podría ser de utilizar evaluar el nivel de restricción que acompaña a estas dietas y cómo se relacionan estos grados de restricción con el perfeccionismo, positivo o negativo, y con el riesgo de desarrollar un TCA.

Por todo esto algunas de las principales limitaciones que acompañan a este estudio son las relacionadas con la muestra. En primer lugar, podría ser de interés haber contado además con una muestra clínica con la que poder comparar los resultados obtenidos, y en edades más tempranas. El tamaño de la muestra también puede suponer una limitación ya que 100 personas es un número muy bajo en el caso de este estudio, debido a la heterogeneidad de la población general. Por este mismo motivo las características asociadas al modo de recoger los datos también suponen una limitación. La muestra se recogió mediante la técnica de bola de nieve, la cual no ofrecía muchas posibilidades de control muestral, menos aún al haber sido distribuido el cuestionario a través de las redes sociales. Estas condiciones no sólo no permitieron una selección concreta de otras características que pudieran haber sido de interés, sino que además pudieron haber influido en una falta de homogeneidad en las condiciones de aplicación de los

cuestionarios, que podría haber afectado a las respuestas de los mismos. En esta misma línea, el hecho de que los cuestionarios fueran autoinformados también supone una desventaja.

Otra de las limitaciones principales que acompañan a este estudio es la falta de validación del cuestionario APS-R (*Almost Perfect Scale- Revised*, Slaney, Mobley, Trippi, Ashby, & Johnson, 1996) en una muestra española. Al estar el cuestionario traducido al español y validado en una muestra argentina, el riesgo de distorsión de los resultados es menor, sin embargo, lo óptimo sería haber podido emplear una escala validada en una muestra española.

Los resultados del presente estudio reafirman los hallazgos científicos encontrados desde hace más de 20 años sobre la relación directa existente entre hacer dieta y presentar actitudes de riesgo ante la alimentación. En la muestra adulta subclínica recogida en este estudio no se demuestra que el perfeccionismo disfuncional, entendido como la discrepancia constante entre las metas alcanzadas y los logros establecidos, tenga relación con estas dos variables, lo cual no garantiza que no exista relación entre estas tres variables en las personas que han desarrollado un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Es por ello que podría ser de utilidad incluir en futuros estudios muestra clínica y de más temprana edad, y aumentar el control sobre las condiciones tanto de la selección muestral como de la posterior aplicación de pruebas psicométricas. Teniendo en cuenta estos resultados y los que se recogen en la literatura, se puede concluir que la complejidad y gravedad de estos trastornos y la alta incidencia y prevalencia en la sociedad, sobre todo en la actualidad, alientan a continuar investigando en esta u otras líneas para esclarecer las características que preceden, acompañan y resultan de los Trastornos Alimentarios, y cómo estos rasgos afectan al inicio y transcurso de la problemática asociada, y por lo tanto al tratamiento de la misma.

Referencias

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., y Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 720-732.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Arana, F. G., Keegan, E., y Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la *Almost Perfect Scale-Revised* (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Revista Evaluar, 9*, 35-53.
- Arana, F., Scappatura, M. L., Lago, A., y Keegan, E. (2006). Traducción y adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la escala APS-R (*Almost Perfect Scale Revised*). Fase preliminar. In *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Behar, R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista médica de Chile, 136*(12), 1589-1598.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., y Casanova, D. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 46*(1), 25-34.
- Chappa, H. (2012). Correlaciones entre Trastorno de Alimentación y Obsesividad en Adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica 21*(2), 113-120.
- de Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M. A., y Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario *Eating Attitudes Test* (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica, 130*(13), 487-491.
- Elizathe, L., Murawski, B., Custodio, J., y Rutzstein, G. (2012). Riesgo de trastorno alimentario en niños escolarizados de Buenos Aires: su asociación con perfeccionismo. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 3*(2), 106-120.
- García, M. V. A., Marín, J. M. L., Peresmitré, G. G., y García, G. P. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y

- México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Garner y Garfinkel (1979). The Eating Attitudes Test (EAT-40). *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(04), 871-878.
- González, M., Fernández, I. I., Rovella, A., Curbelo, M. L., y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la Incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 21(1), 81-101.
- Guerro-Prado, D., Barjau Romero, J. M., y Chinchilla Moreno, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- Larrañaga, A., Docet, M. F., y García-Mayor, R. V. (2012). High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(10), 1669-1673.
- Mateo, C. M. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop Online*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436
- Mora, Z. S. (2012). El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*, 26(113), 51-71.
- Morandé, G. (2011). Conductas de Riesgo en Adolescentes, Trastornos por Hacer Dietas. Anorexias y Bulimias Nerviosas. *Psykhé*, 8(2), 31-42.
- Pamies, L. (2014). Perfeccionismo y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales De Psicología*, 30(2), 620-626.
doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.158441>
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C. C. J. B., Carlin, J. B., y Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, 318(7186), 765-768.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

- Rodríguez-Jiménez, T., Blasco, L., y Piqueras, J. A. (2014). Relación entre subtipos de sintomatología obsesiva compulsiva y de perfeccionismo en adolescentes. *Psicología Conductual*, 22(2), 203-217.
- Sánchez Vázquez, I., y Rossano Bernal, B. (2012). Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural. Recuperado de:
http://www.academia.edu/3640121/Tesis_insatisfaccion_corporal
- Saucedo-Molina, T. D. J., y Unikel Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental*, 33(1), 11-19.
- Scappatura, M. L., Arana, F., Elizathe, L., y Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones*, 18(1), 81-88.
- Slaney, Mobley, Trippi, Ashby, y Johnson, (1996). Almost Perfect Scale Revised (APS-R). Recuperado de: <http://kennethwang.com/apsr/measures.html>
- Silva, C., y Alvarado, N. (2013). Flexibilidad cognitiva y planificación en mujeres con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 23(1), 5-14.
- Spitzer, J. (2014). Treating eating disorders. *Journal of Business*, 29(10), 1-25. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/1541741776?accountid=14478>
- Trent, S. A., Moreira, M. E., Colwell, C. B., y Mehler, P. S. (2013). ED management of patients with eating disorders. *The American Journal of Emergency Medicine*, 31(5), 859-865.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vásquez, R., Angel, L., Moreno, N., García, J., y Calvo, J. (1999). Anorexia nerviosa en adolescentes: un estudio comparativo. *Medicina*, 47(4), 190-196.
- Watson, H. J., y Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477-2500.