

# Adolescentes, trastornos alimentarios y perfeccionismo: ¿qué papel juegan las conductas purgativas?

EDUARDO SERRANO<sup>1A</sup>, ALBA CAMPOS<sup>1A</sup>, MÓNICA GODRID<sup>2A</sup>, LAURA CAÑAS<sup>1A</sup>,  
MARTA CARULLA<sup>2A</sup>, JOSEP MATALÍ<sup>1A</sup> Y MONTSERRAT DOLZ<sup>2A</sup>

## RESUMEN

Los objetivos del estudio son evaluar las dimensiones del perfeccionismo en adolescentes diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con y sin conductas purgativas y estudiar la asociación entre el perfeccionismo y las variables psicopatológicas relacionadas con los TCA. Los resultados concluyeron que el perfeccionismo caracterizado por la necesidad de lograr metas propuestas por los demás se asocia al uso de conductas purgativas y que un elevado perfeccionismo se relaciona con una mayor gravedad de la sintomatología alimentaria, depresión, ansiedad y a una menor motivación para el cambio. **Palabras clave:** *trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, conducta purgativa, perfeccionismo.*

## ABSTRACT

*Adolescents, eating disorders and perfectionism: What role do purgative behaviours play?* The objectives of the study are to evaluate the dimensions of perfectionism in adolescents diagnosed with eating disorders (ED) with and without purging behaviours and to study the association between perfectionism and the psychological variables related to eating disorders. The results concluded that perfectionism (having the necessity to achieve the goals proposed by others) is associated to purgative behaviours and that high perfectionism is related to a greater severity of food symptomatology, depression, anxiety and a lower motivation for change. **Keywords:** *eating behaviour disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, purgative behaviour, perfectionism.*

## RESUM

*Adolescents, trastorns de la conducta alimentària i perfeccionisme: quin paper hi juguen les conductes purgatives?* Els objectius de l'estudi són avaluar les dimensions del perfeccionisme en adolescents diagnosticats de trastorns de la conducta alimentària (TCA) amb i sense conductes purgatives i estudiar l'associació entre el perfeccionisme i les variables psicopatològiques relacionades amb els TCA. Els resultats van concloure que el perfeccionisme caracteritzat per la necessitat d'assolir metes proposades pels altres s'associa a l'ús de conductes purgatives i que un elevat perfeccionisme es relaciona amb més gravetat de la simptomatologia alimentària, depressió, ansietat i a menys motivació pel canvi. **Paraules clau:** *trastorn de la conducta alimentària, anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa, conducta purgativa, perfeccionisme.*

## Introducción

El perfeccionismo es un constructo multidimensional estructurado en dos factores: un alto nivel de rendimiento y en segundo lugar, esfuerzos positivos con altos niveles de autocrítica (Goldstein, Peters, Thornton y Touyz, 2014). Cuando

el esfuerzo es dirigido por una emoción positiva (satisfacción cuando se alcanza el logro) no tiene implicaciones clínicas. Por contra, en el perfeccionismo clínico o neurótico, la emoción asociada a la consecución de las metas personales es negativa. En el perfeccionismo clínico se considera que interactúan tres factores: 1) objetivos personales

<sup>1</sup>Psicólogo/a. <sup>2</sup>Psiquiatra. <sup>A</sup>Unidad de TCA. Área de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)  
Contacto: [eserrano@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:eserrano@sjdhospitalbarcelona.org)

Recibido: 11/1/18 - Aceptado: 15/2/18

elevados e inflexibles, que sólo se reevalúan en el caso de ser alcanzados; 2) preocupaciones desadaptativas acerca de los posibles errores cometidos y sobre la exigencia o expectativas por parte de los otros, que generan una ansiedad elevada; 3) conducta excesivamente dirigida por el resultado (por un esfuerzo excesivo o por evitación de actividades en las que el sujeto tema no alcanzar un nivel elevado).

Estos tres factores confluyen en una autoevaluación muy dependiente del esfuerzo y los logros, que comporta un importante malestar subjetivo e intrapersonal (Bardone-Cone et al., 2007).

El perfeccionismo se ha considerado un factor que predispone a cogniciones depresivas y desesperanza tanto en niños como en adultos (Donaldson, Spirito y Farnett, 2000; Hewitt y Flett, 1991), ideación suicida (Hewitt, Newton, Flett y Callander, 1997), ansiedad (Lloyd, Fleming, Schmidt y Tchanturia, 2014) o insomnio crónico (Vincent y Walker, 2001). El perfeccionismo también se ha vinculado, tanto empírica como conceptualmente, a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Varios autores han afirmado que el perfeccionismo está implicado en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Lloyd, Schmidt, Simic y Tchanturia, 2015). Un elevado perfeccionismo puede conducir al adolescente a buscar un cuerpo perfecto, factor clave en el desarrollo de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

Diferentes estudios han mostrado una asociación significativa entre un elevado perfeccionismo y los TCA comparado con controles sanos (Halmi et al., 2000; Lilifeld, 2000; Moor, Vartanian, Touyz y Beumont, 2004). Otros estudios señalan el perfeccionismo como factor de riesgo y factor mantenedor de síntomas bulímicos (Lloyd et al., 2014, 2015; Stice, 2002) y un rasgo de personalidad que predispone a la AN (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002). Asimismo, se ha constatado el elevado perfeccionismo como un predictor negativo de resultados (abandono del tratamiento) para la AN; esta influencia es menor en los pacientes con BN (Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Jolmsted y Kaplan, 2003). Al comparar los niveles de perfeccionismo entre los pacientes con diferentes tipos de TCA, no se encontraron diferencias

significativas entre los pacientes con AN, BN, trastorno por atracones y TCA no especificado (TCA-NE, Bardone-Cone, 2007). Por subtipos de TCA, tampoco se encontraron diferencias significativas entre AN-Restrictiva (AN-R), AN-Purgativa (AN-P) y BN-Purgativa (BN-P) (Halmi et al., 2000; Hewitt, 1997; Tachikawa et al., 2004).

La mayoría de los estudios que han valorado las dimensiones del perfeccionismo y su relación con los TCA se ha realizado en población adulta. Existen pocos estudios en nuestro medio que hayan evaluado las dimensiones del perfeccionismo en los TCA, y a nuestro conocimiento, ningún estudio ha evaluado la asociación entre el perfeccionismo y la presencia o no de conductas purgativas; y la relación entre perfeccionismo y motivación para el cambio en adolescentes con AN.

El objetivo del presente estudio es evaluar la relación entre las dimensiones del perfeccionismo en un grupo de pacientes adolescentes con TCA con y sin conductas purgativas. El segundo objetivo es estudiar la asociación entre las dimensiones del perfeccionismo y las variables psicopatológicas relacionadas con los TCA: ansiedad, depresión, insatisfacción corporal y motivación para el cambio.

## Materiales y métodos

### Participantes

Se evaluaron un total de 80 adolescentes entre 12 y 18 años (Media: 14,69;  $DE = 1,52$ ) con diagnóstico principal de TCA (AN, BN o TCA-NE) según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2000). Los pacientes estaban recibiendo tratamiento ambulatorio y hospitalización parcial de una unidad de TCA de un hospital general pediátrico. Los criterios de exclusión fueron padecer una enfermedad médica o neurológica grave y/o retraso mental.

### Instrumentos

*Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)* (Flett, Hewitt, Boucher, Davidson, y Munro, 2000). Cuestionario de autoinforme de 22 ítems que contiene dos escalas: una de *Perfeccionismo Auto-Orientado* con 12 ítems, y otra

de *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* con 10 ítems. Se utilizó la adaptación española de la escala (Castro, Gila, Gual, Lahortiga, Saura y Toro, 2004).

*Perfectionistic Self-Presentation Scale (PSPS;* Hewitt y Flett, 1991). Cuestionario de 27 ítems que evalúa la necesidad del sujeto de parecer perfecto y no mostrar sus defectos a los demás. Además, predice la angustia generada por la necesidad de perfección personal. Se utilizó la versión la adaptación con población española (Garner, 1998).

*Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2,* Garner y Garfinkel, 1979). Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa los síntomas relacionados con los TCA. Consta de 91 ítems que ofrecen puntuaciones en 11 escalas clínicamente relevantes en los trastornos alimentarios. Ocho escalas evalúan rasgos psicológicos: *Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social;* y tres escalas evalúan actitudes relacionadas con la conducta alimentaria, la figura y el peso: *Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal.*

*Eating Attitudes Test 40 (EAT-40;* Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991). Es un cuestionario de cribado para la detección precoz de los TCA en la población general. Evalúa conductas relacionadas con la preocupación por el peso, las dietas y la comida. Se utilizó la adaptación española de la escala (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995).

*Body Attitude Test (BAT)* (Gila, Castro, Gómez, Toro y Salamero, 1999). Cuestionario que evalúa la alteración de las actitudes hacia el cuerpo (aspecto subjetivo de la imagen corporal). Consta de 20 ítems que se agrupan en tres factores: *Apreciación negativa del tamaño corporal, Pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e Insatisfacción corporal general.* Se utilizó la adaptación española (Rieger et al., 2000).

*Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ,* Prochaska y DiClemente, 1982). Es un cuestionario de autoinforme de 20 ítems que evalúa la motivación para recuperarse de la anorexia nerviosa y la forma de comer. Los ítems tienen relación con métodos para controlar el peso, la forma del cuerpo y los problemas emocionales que ocasiona. Su estructura deriva de

las etapas de cambio del modelo de Prochaska y DiClemente y Norcross (1992) y por cada ítem hay cinco alternativas de respuesta que reflejan las etapas de cambio propuestas: *Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento* (Serrano, Castro, Ametller, Martínez y Toro, 2004). La versión utilizada es la validada para población española adolescente (Spielberger, Gorsuch, R. y Lushene, 1970).

*State-Trait Anxiety Inventory (STAI,* Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Consta de 2 escalas, *Ansiedad Estado* que evalúa un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos de atención e hiperactividad del sistema nervioso autónomo; y la *Ansiedad Rasgo*, que indica una propensión ansiosa relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

*Beck Depression Inventory (BDI,* Pryor, Wiederman y McGilley, 1996). Cuestionario autoadministrado de 21 ítems de respuesta múltiple que evalúa la gravedad o intensidad de la sintomatología depresiva.

## Procedimiento

Una vez obtenido el consentimiento informado por escrito de los padres y niños (mayores de 12 años) y el asentimiento verbal de los menores de 12 años para participar en el estudio, se realizó una entrevista clínica a los adolescentes junto con sus padres. Posteriormente, se administró la batería de cuestionarios a los participantes. Este estudio fue aprobado por el comité ético de la institución.

*Análisis estadístico.* La edad y las puntuaciones de las escalas por grupo diagnóstico (TCA con y sin conducta purgativa) se compararon mediante pruebas paramétricas *t* de *Student*. La correlación de Pearson se utilizó para estudiar la asociación entre los diferentes cuestionarios. El nivel de significación estadística fue de  $p < ,05$ . El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS.

## Resultados

### Características generales de la muestra

De los 80 participantes del estudio, 70 (87,5 %) fueron mujeres y 10 (12,5 %), hombres. Por lo

que refiere al subtipo de TCA, 48 pacientes (60 %) fueron diagnosticados de AN [40 (83,33 %) de tipo restrictivo y ocho (16, 67 %) de tipo purgativo], tres pacientes (3,75 %) fueron diagnosticados de BN [todos los casos fueron de tipo purgativo] y 29 (36,25 %) recibieron el diagnóstico de TCA-NE. Del total de la muestra, 23 (28,75 %) pacientes con TCA presentaron conductas purgativas como método compensatorio frente a 57 (71,25 %) que presentaron conductas restrictivas.

La media de tiempo del inicio de la enfermedad fue de 15,59 meses ( $DE = 10,68$ ) y del tiempo de tratamiento 6,19 meses ( $DE = 9,7$ ).

Respecto al recurso donde recibían tratamiento en el momento de la evaluación, 36 pacientes (45 %) se encontraban en tratamiento en Consultas Externas (CCEE) y 44 (55 %) recibían tratamiento en Hospitalización Parcial (HP).

#### **Relación entre perfeccionismo y conductas purgativas, tipo de TCA, género y recurso de tratamiento**

No se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones del perfeccionismo valoradas por la CAPS y el PSPS por grupo diagnóstico (TCA con y sin conductas purgativas), a excepción de la escala de *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* de la CAPS (ver Figura 1 del anexo).

Los pacientes con anorexia nerviosa frente a los TCA-no especificado tuvieron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de perfeccionismo *Auto-Orientado* de la CAPS (36,62 frente 43,47;  $p = ,008$ ) y la puntuación total de la CAPS (60,17 frente 67,91;  $p = ,043$ ).

No se hallaron diferencias significativas en la escala de perfeccionismo del EDI entre pacientes con AN y BN (26,04 frente a 25,33;  $p = ,95$ ); ni entre pacientes con AN-R frente a AN-P (22,78 frente a 33,13;  $p = ,057$ ).

No se hallaron diferencias significativas en cuanto al género entre las puntuaciones de la escala de *Perfeccionismo* del EDI. En esta escala, los pacientes de género masculino obtuvieron puntuaciones superiores que los del género masculino (43,40 frente a 40,09;  $p = ,672$ ). Tampoco se hallaron diferencias significativas en la escala de *Perfeccionismo* del EDI entre los pacientes que recibían tratamiento en CCEE y

hospitalización parcial.

#### **Asociación entre perfeccionismo y variables psicopatológicas en los TCA**

Existe una asociación significativa entre las dimensiones del perfeccionismo y las escalas que valoran sintomatología alimentaria, ansiedad, depresión, insatisfacción corporal y motivación para el cambio (ver tablas 1 y 2 del anexo).

#### **Conclusiones**

El principal hallazgo del presente estudio es que el *Perfeccionismo Socialmente Prescrito*, que se caracteriza por la necesidad de lograr metas propuestas por los demás, se asocia al uso de conductas purgativas en adolescentes con TCA. El *Perfeccionismo Auto-orientado* (metas personales elevadas y autoevaluación crítica) y el *Perfeccionismo Auto-Presentado* (necesidad del sujeto de parecer perfecto y no mostrar sus defectos a los demás) es similar en adolescentes con TCA purgativos y no purgativos (restrictivos). En este sentido, otros autores encontraron que el abuso de laxantes se asociaba a un elevado perfeccionismo en adolescentes con TCA (Bizeul, Brun y Rigaud, 2003).

En nuestro estudio, al valorar el perfeccionismo como un constructo unidimensional (escala de perfeccionismo del EDI-2) no se encontraron diferencias significativas por grupo diagnóstico. Sin embargo, otros estudios encontraron que los pacientes con conductas purgativas presentaban un mayor perfeccionismo que los pacientes restrictivos, evaluados con la escala de *Perfeccionismo* del EDI-2 (Halmi et al., 2000; Berkman, Lohr y Bulik, 2007).

Los resultados de nuestro estudio muestran que los pacientes con TCA con conductas purgativas presentan una mayor gravedad del trastorno alimentario, mayor obsesión por la delgadez, mayor insatisfacción corporal, mayor alteración de las actitudes hacia el cuerpo (aspecto subjetivo de la imagen corporal) y una menor motivación por el cambio. Estos resultados apoyan los datos de la literatura existente que relaciona la presencia de vómitos autoinducidos y abuso de laxantes como factores de mal pronóstico (junto con la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, ajuste social, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva y duración

de la enfermedad) (Steinhausen, 2002; Tozzi et al., 2005; Favaro et al., 2005).

En nuestro estudio, los pacientes con conductas purgativas tenían mayor nivel de impulsividad (pero sin ser estadísticamente significativa, aunque se observa una tendencia) valorado con la escala de impulsividad del EDI-2. Otros autores relacionaron la impulsividad con un conjunto de características temperamentales específicas (altos niveles de búsqueda de sensaciones, alto perfeccionismo, síntomas obsesivo-compulsivos) y las conductas de purga (Davis, Kaptein, Olmsted y Woodside, 1998). Estos autores concluyeron que las conductas impulsivas se asociaban a mayor psicopatología.

Aunque no es el objetivo principal de nuestro estudio, se han comparado las dimensiones del perfeccionismo entre los subtipos de TCA. Los pacientes con anorexia nerviosa tuvieron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de *Perfeccionismo Auto-Orientado* y *Puntuación Total* de la CAPS comparado con los pacientes con TCA no especificado. Otro estudio mostró una asociación significativa entre la conducta de realizar ejercicio físico excesivo (en pacientes con restricción alimentaria) y un mayor *Perfeccionismo Auto-Orientado* (Milos, Spindler y Schnyder, 2004). Asimismo, otros autores hallaron que los pacientes con TCA-NE son los que muestran un menor perfeccionismo al compararlo con pacientes con AN (Moor et al., 2004).

Al comparar el nivel de perfeccionismo entre pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, encontramos que no existen diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del perfeccionismo. Tampoco encontramos diferencias entre pacientes con AN purgativa frente a restrictiva. Otros estudios tampoco encontraron diferencias significativas por subtipo de AN (Moor et al., 2004; Woodside et al., 2004).

Otro hallazgo fue el no encontrar diferencias significativas en cuanto al género entre las puntuaciones de la escala de perfeccionismo del EDI-2, aunque los hombres obtuvieron puntuaciones superiores a las mujeres (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, Masters y Price Foundation Collaborative Group, 2004). En referencia al recurso, se han estudiado las diferencias del perfeccionismo entre pacientes que recibían tratamiento ambulatorio y en hospitalización

parcial, con el objetivo de comparar si la necesidad de recibir un tratamiento más intensivo se asociaba a un mayor nivel de perfeccionismo. En este estudio no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos. Varios autores concluyeron que el perfeccionismo no disminuye después de recuperarse del trastorno; esto apoyaría la hipótesis que el perfeccionismo no es un estado asociado a la fase activa de la enfermedad. Los resultados de nuestro estudio indican que el perfeccionismo parece mantenerse estable a pesar que el paciente mejore en la sintomatología alimentaria y requiera un tratamiento menos intensivo (consultas externas frente a hospitalización parcial) y apoyaría la hipótesis que el perfeccionismo es una característica de personalidad que permanece estable tras la recuperación del trastorno.

De los resultados se desprende que en población adolescente con TCA un elevado perfeccionismo se relaciona con una mayor gravedad de la sintomatología alimentaria, depresión, ansiedad y menor motivación para el cambio.

Respecto a las limitaciones del estudio, se encontrarían el uso de cuestionarios autoinforme para valorar un constructo tan complejo como es el perfeccionismo. Otra limitación es el diseño transversal del estudio. Es necesaria la realización de estudios longitudinales en población adolescente para determinar la influencia del perfeccionismo en el pronóstico de los TCA.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, text revision L4 - Image ed.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clin Psychol Rev.*, 27: 384-405.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-71.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N. y Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.*, 40(4): 293-309.

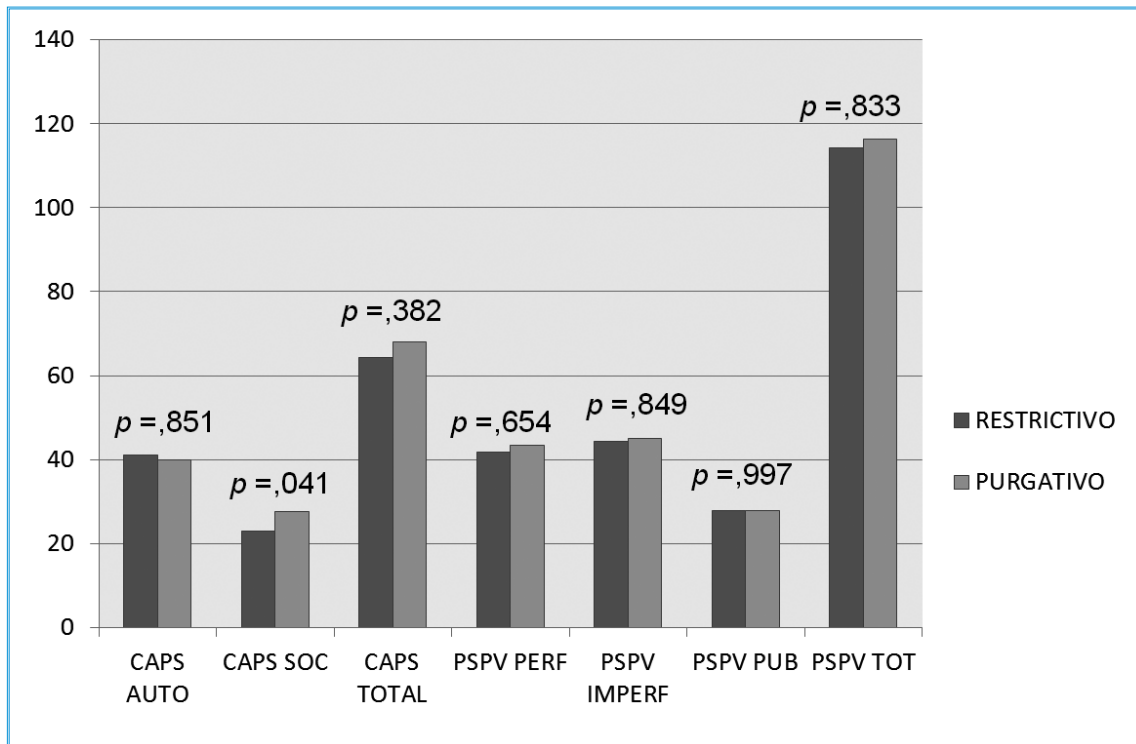


- Bizeul, C., Brun, J. M. y Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *Eur Psychiatry*, 18; 119-23.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *J Adolesc Health*, 35: 392-8
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychol Assessment*, 2: 175-90.
- Davis, C., Kaptein, A. S., Olmsted, M. P. y Woodside, D. B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosom Med.*, 60: 192-7.
- Donaldson, D., Spirito, A. y Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 31: 99-111.
- Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A. et al. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eat Disord.*, 13: 61-70
- Flett, G., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. y Munro, Y. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation and association with adjustment*. Canadá: Department of Psychology, University of British Columbia.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, 2*. Madrid: Tea Ediciones.
- Garner, D. M y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.*, 9: 273-9.
- Garner, D. M., Garner, M. V. y Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1993; 13: 171-85.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., Toro, J. y Salamero, M. (1999). The Body Attitude Test: validation of the Spanish version. *Eat Weight Disord.*, 4(4): 175-8.
- Goldstein, M., Peters, L., Thornton, C. E. y Touyz, S. W. (2014). The Treatment of Perfectionism within the Eating Disorders: A Pilot Study. *Eur Eat Disorders*, 22: 217-221.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatry*, 157: 1799-805.
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.*, 60: 456-70.
- Hewitt, P.L., Newton, J., Flett, G. L. y Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *J Abnorm Child Psychol.*, 25: 95-101.
- Kaye, W. H, Bulik, C. M, Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. y Price Foundation Collaborative Group (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161: 2215-21.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychol Med.*, 30: 1399-410.
- Lloyd, S., Fleming, C., Schmidt, U. y Tchanturia, K. (2014). Targeting Perfectionism in Anorexia Nervosa Using a Group-Based Cognitive Behavioural Approach: A Pilot Study. *Eur Eat Disorders*, 22: 366-372.
- Lloyd, S, Schmidt, U., Simic, M. y Tchanturia, K. (2015). Self-reported and performance based perfectionism in mothers of individuals with Anorexia Nervosa: a plot study. *Neuropsychiatr*, 29: 192-199.
- Milos, G., Spindler, A. y Schnyder, U. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry*, 49: 179-84
- Moor, S., Vartanian, L.R., Touyz, S.W. y Beumont, P.J.V. (2004). Psychopathology of EDNOS patients: To whom do they compare? *Clin Psychol.* 8: 70-5.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat Disord.*, 3: 133-44.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother-Theor*

- Res., 19: 276-88.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.*, 47: 1102-14.
- Pryor, T., Wiederman, M. W. y McGilley, B. (1996). Laxative abuse among women with eating disorders: An indication of psychopathology? *Int J Eat Disord.*, 20: 13-8.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S. et al. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.*, 28; 387-96.
- Serrano, E., Castro, J., Ametller, L., Martínez, E. y Toro, J. (2004). Validity of a measure of readiness to recover in Spanish adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychol Psychother.*, 77: 91-9.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 159(8): 1284-93.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull.*, 128: 825-48.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D. B., Carter, J. C., Olmsted, M. P. y Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24 month follow-up study. *Int J Eat Disord* 33: 225-9.
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi K. A., Kaplan A. S., et al. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry*, 162(4): 732-40.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A. y Brooksgunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord.* 2002; 32: 282-90.
- Tachikawa, H., Yamaguchi, N., Hatanaka, K., Kobayashi, J., Sato, S., Mizukami K et al. (2004). The Eating Disorder Inventory-2 in Japanese clinical and non-clinical samples: Psychometric properties and cross-cultural implications. *Eat Weight Disord.* 9: 107-13.
- Vincent, N. K. y Walker, J. R. (2001). Perfectionism and chronic insomnia. *J Psychosom Res*, 9: 349-54.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Thornton, L., Klump, K. L., Tozzi, F., Fichter, M. M. et al. (2004). Personality in men with eating disorders. *J Psychosom Res*, 57: 273-8

Anexos

Figura 1. Comparación de medias de las puntuaciones de las escalas CAPS (Child and Adolescents Perfectionism Scale) y PSPV (Perfectionistic Self-Presentation Scale) entre pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de tipo restrictivo y purgativo (t Student).



CAPS AUTO: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo auto-orientado); CAPS SOC: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo socialmente prescrito); CAPS TOT: Child and Adolescents Perfectionism Scale (puntuación total); PSPS PERF: Perfectionistic Self-Presentation Scale (necesidad de ser perfecto); PSPS IMPERF: Perfectionistic Self-Presentation Scale (necesidad de ocultar imperfecciones); PSPS PUB: Perfectionistic Self-Presentation Scale (necesidad de ocultar imperfecciones en público); PSPS TOT: Perfectionistic Self-Presentation Scale (puntuación total).



**Tabla 1. Coeficientes de correlación de Pearson entre las diferentes medidas**

	PSP	EAT	STAI-E	STAI-R	BDI	BAT	ANSOCQ
CAPS-AUTO	,76*	,36*	,52*	,49*	,51*	,51*	-,43*
CAPS-SOC	,47*	,35*	,42*	,46*	,42*	,43*	-,33*
PSPV		,49*	,55*	,52*	,55*	,56*	-,46*
EAT			,55*	,52*	,55*	,56*	-,49*
STAI-E				,80*	,77*	,71*	-,65*
STAI-R					,82*	,71*	-,65*
BDI						,78*	-,73*

\* $p < .01$ 

CAPS-AUTO: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo auto-orientado); CAPS-SOC: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo socialmente prescrito); PSPS: Perfectionistic Self-Presentation Scale; EAT: Eating Attitudes Test; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory (Estado); STAI-R: State-Trait Anxiety Inventory (Rasgo); BDI: Beck Depression Inventory; BAT: Body Attitude Test; ANSOCQ: Anorexia Nervosa Stages Of Change Questionnaire.

**Tabla 2. Medias, Desviaciones Estándar (DE) y significación ( $p$ ) de los resultados de los cuestionarios por grupo diagnóstico**

	RESTRICTIVAS Media (DE)	PURGATIVAS Media (DE)	$p$
BDI (Beck Depression Inventory)	18,98 (12,79)	27,05 (10,44)	,006
STAI (State-Trait Anxiety Inventory)			
STAI-State	28,65 (14,2)	34,91 (13,85)	
STAI-Trait	31,47 (14,21)	36,95 (10,78)	,082
EAT (Eating Attitudes Test)	39,13 (28,54)	63 (28,97)	,071
EDI-2 (Eating Disorder Inventory)			,002
Obsesión por la delgadez	9,96 (8,02)	15,3 (5,23)	
Bulimia	1,26 (2)	3,39 (3,29)	,001
Insatisfacción corporal	11,72 (9,35)	19,04 (7,35)	,007
Ineficacia	8,84 (7,62)	11,09 (6,98)	,001
Perfeccionismo	5,32 (4,43)	7 (5,7)	,212
Desconfianza interpersonal	5,93 (4,85)	6,04 (6,07)	,216
Conciencia interoceptiva	7,79 (6,55)	9,91 (5,53)	,937
Miedo a la madurez	8,79 (5,53)	9,87 (5,11)	,148
Ascetismo	6,26 (5,23)	8,48 (4,2)	,408
Impulsividad	5,77 (5,71)	8,7 (6,71)	,056
Inseguridad social	6,75 (5,68)	7,57 (4,16)	,075
BAT (Body Attitude Test)	52,17 (27,96)	70,52 (22,41)	,483
ANSOCQ*	37,63 (21,46)	19,47 (19,15)	,006

\*Cuestionario de Etapas de Cambio en Anorexia Nerviosa