

CONDUCTAS Y ACTITUDES ALIMENTARIAS, IMAGEN CORPORAL Y PERFECCIONISMO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS MUJERES

EATING BEHAVIORS AND ATTITUDES, BODY IMAGE AND PERFECTIONISM IN FEMALE COLLEGE STUDENTS

Cruz, Guido Salvador¹; Murawski, Brenda María²; Rutzstein, Guillermina³

RESUMEN

Objetivo: comparar estudiantes universitarias mujeres con y sin riesgo de trastorno alimentario, en función de características asociadas a dichas patologías. **Muestra:** 83 mujeres de 19 a 31 años, estudiantes de una universidad pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Procedimiento:** las participantes completaron un Cuestionario de datos, *Contour Drawing Rating Scale* (Thompson & Gray, 1995), *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al., 2006) y la *Almost Perfect Scale Revised* (Slaney, Rice, Mobley, Trippi & Ashby, 2001; adaptación Arana, Keegan & Rutzstein, 2009). **Resultados:** las mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentan mayor porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal y vómitos autoinducidos, además de puntajes superiores en la mayoría de las subescalas del *EDI-2* y en la subescala *Discrepancia* de la *APS-R*. **Conclusiones:** las mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentan un mayor nivel de perfeccionismo desadaptativo. Estos hallazgos son relevantes para el desarrollo de tratamientos para sintomatología específica de trastorno alimentario.

Palabras clave:

Trastornos alimentarios - Perfeccionismo - Imagen corporal - Mujeres adultas

ABSTRACT

Objective: to compare female university students with and without risk of eating disorders, based on characteristics associated with these disorders. **Sample:** 83 women aged 19 to 31 years old, students from a public university in the City of Buenos Aires. **Procedure:** Participants completed a *Data questionnaire*, *Contour Drawing Rating Scale* (Thompson & Gray, 1995), *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991; adaptation Rutzstein et al., 2006) and the *Almost Perfect Scale-Revised* (Slaney, Rice, Mobley, Trippi & Ashby, 2001; adaptation Arana, Keegan & Rutzstein, 2009). **Results:** Women presenting risk of eating disorders have a higher percentage of body image dissatisfaction and self-induced vomiting, as well as higher scores in most of the subscales of the *EDI-2* and the *Discrepancy* subscale of the *APS-R*. **Conclusions:** Women presenting risk of eating disorders have a higher level of maladaptive perfectionism. These findings are relevant to the development of treatments for eating disorder symptomatology.

Key words:

Eating disorders - Perfectionism - Body image - Adult women

¹Licenciado en Psicología. Becario de Investigación UBACyT, Categoría Estímulo. Investigador becario del Proyecto UBACyT 20020090100053 "Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes". E-mail: guidocruz@psi.uba.ar

²Licenciada en Psicología. Becaria Interna Doctoral tipo I del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigadora becaria del Proyecto UBACyT 20020090100053 "Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes". Ayudante de Trabajos Prácticos de Primera de la 1º Cátedra de Estadística, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. E-mail: bmurawski@psi.uba.ar

³Doctora de la Universidad de Buenos Aires, en Psicología. Profesora Adjunta Regular de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia - Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Directora del Proyecto UBACyT 20020090100053 "Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes". E-mail: guillermina.rutzstein@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas se han detectado elevadas tasas de prevalencia de trastorno alimentario (Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007), lo cual ocasionó que estas patologías ganaran un mayor protagonismo tanto en la literatura científica (Rutzstein, Armatta & Murawski, 2009) como en el desarrollo de políticas estatales de salud pública (Congreso de la Nación, 2008).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria y se clasifican de acuerdo al *DSM-IV* en Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Trastornos Alimentarios No Especificados (American Psychiatric Association, 1994). Son enfermedades en las que intervienen factores psicológicos, biológicos y socioculturales, además de estar acompañadas por un gran temor a engordar y una excesiva preocupación por la imagen corporal, la comida y el peso (Rutzstein et al., 2009).

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre el tema, han hallado que las mujeres presentan una prevalencia significativamente mayor que la evaluada en hombres (Góngora, Grinhauz & Suárez Hernández, 2010; Peláez Fernández, Labrador & Raich, 2007; Rutzstein, Murawski, Elizathe & Scappatura, 2010). A su vez, si bien la adolescencia ha demostrado ser una etapa vital relacionada con los trastornos alimentarios (Suárez Hernández, Grinhauz & Góngora, 2009), también se han detectado altos porcentajes de presencia de estas patologías en población adulta. Algunos autores observaron una prevalencia mayor en jóvenes adultos en comparación con adolescentes (Peláez Fernández et al., 2007; Vega & Quiroga, 2003).

El perfeccionismo también ha sido asociado a los trastornos alimentarios (Bardone-Cone, 2007; Kirsh, McVey, Tweed & Katzman, 2007; Nilsson, Sundbom & Hägglöf, 2008; Sassaroli et al., 2008), siendo propuesto como un factor de riesgo para dichas patologías (para una revisión ver Shafran & Mansell, 2001). Frost, Marten, Lahart y Rosenblate (1990, citados en Arana, Keegan & Rutzstein, 2009, p. 36) definieron al perfeccionismo como la "tendencia a establecer altos estándares de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores". Respecto a los trastornos alimentarios, se ha asociado la presencia de elevados niveles de perfeccionismo, con conductas dietantes y conductas bulímicas (Franco et al., 2009; Macedo et al., 2007). Bardone-Cone et al. (2007), en una reciente revisión bibliográfica sobre el tema, concluyeron que hay evidencia consistente de que los sujetos con trastornos alimentarios presentan mayores niveles de perfeccionismo que la población no clínica, y que el perfeccionismo precede a la aparición de estos trastornos, apoyando la hipótesis que afirma que el perfeccionismo funcionaría como factor de riesgo y de mantenimiento de los trastornos alimentarios. Shafran, Cooper y Fairburn (2002), hallaron que los sujetos con trastornos alimentarios presentan elevados estándares con respecto al control de la dieta y el peso, y señalaron que estos sujetos basan su auto-evaluación en el cumplimiento de dichos estándares a pesar de las consecuencias negativas que pudiera implicar el alcanzarlos. Así,

Shafran et al. propusieron conceptualizar a los trastornos alimentarios como la expresión del perfeccionismo en el ámbito de la alimentación, el peso y la imagen corporal. Si bien en un principio el perfeccionismo fue conceptualizado como un rasgo netamente desadaptativo, en la actualidad es considerado un constructo multidimensional que engloba tanto aspectos desadaptativos como adaptativos, por lo cual algunos autores hacen referencia tanto a un perfeccionismo desadaptativo como a un perfeccionismo adaptativo (Arana, Scappatura, Miracco, Elizathe, Rutzstein & Keegan, 2009). A partir de esta nueva conceptualización, se han diseñado diferentes instrumentos psicométricos para evaluar ambos aspectos del perfeccionismo. Así, Slaney desarrolló la *Almost Perfect Scale Revised (APS-R)* (Slaney et al., 2001), que consta de tres subescalas: *Altos Estándares*, *Orden*, y *Discrepancia*. Los *Altos Estándares* han sido definidos como elevados estándares personales de desempeño y logros. Se ha conceptualizado al *Orden* como la preferencia por la pulcritud y el orden. Finalmente, la *Discrepancia* ha sido definida como la diferencia percibida entre las expectativas de desempeño del sujeto y la auto-evaluación de dicho desempeño. La presencia de *Altos Estándares* y *Orden* aportaría ciertas ventajas adaptativas a los individuos, por lo cual son considerados aspectos adaptativos del perfeccionismo, mientras que la *Discrepancia* es considerada el aspecto desadaptativo (Rice, Ashby & Slaney, 2007).

En este sentido, algunas investigaciones han asociado a los trastornos alimentarios únicamente con los aspectos desadaptativos del perfeccionismo (Ashby, Kottman & Schoen, 1998; Boone, Soenens, Braet & Goossens; 2010. Dour & Theran, 2011; Pearson & Gleaves, 2006). Ashby et al. (1998), utilizaron la *APS-R* y otros instrumentos que miden aspectos adaptativos y desadaptativos del perfeccionismo, para evaluar a una muestra de pacientes con trastorno alimentario y a un grupo control de mujeres universitarias. El objetivo de este estudio fue estudiar las diferencias entre ambos grupos con respecto a dichos aspectos del perfeccionismo. Las mujeres con trastorno alimentario fueron las que presentaron valores significativamente superiores de perfeccionismo desadaptativo, sin detectarse diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al adaptativo. Asimismo, Boone et al. (2010), hallaron que el perfeccionismo desadaptativo estaba más fuertemente asociado a síntomas de trastorno alimentario que el adaptativo, en adolescentes de ambos sexos. A su vez, Dour y Theran (2011), trabajando con el mismo tipo de población, estudiaron la interacción entre perfeccionismo desadaptativo y el "ideal del superhéroe", como predictor de actitudes alimentarias negativas. El "ideal del superhéroe" fue definido como el deseo socialmente prescrito de obtener logros en las diferentes áreas personales y profesionales como la escuela, el trabajo, las relaciones sociales y la apariencia. Finalmente hallaron que el perfeccionismo desadaptativo, combinado con la adherencia al "ideal del superhéroe", se relacionaba con actitudes alimentarias negativas únicamente en mujeres adolescentes. Así es como, a la luz de resultados similares a

los detallados, ciertos autores han sugerido que los trastornos alimentarios no se relacionan con el aspecto adaptativo del perfeccionismo, sino exclusivamente con el desadaptativo (Pearson & Gleaves, 2006; para una revisión véase Scappatura, Arana, Elizathe & Rutzstein, en prensa), pudiendo ser dicho aspecto desadaptativo el que promueve el desarrollo de trastornos alimentarios (Bardone-Cone et al., 2007).

En base a lo expuesto, este trabajo, que forma parte de un estudio más amplio¹ y se ha realizado en el marco de una Beca Estímulo² UBACyT, se propone comparar a mujeres estudiantes universitarias con y sin riesgo de trastorno alimentario, en función de algunas características asociadas a dichas patologías: *Índice de Masa Corporal (IMC)*, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, conductas compensatorias inapropiadas, conducta dietante, actitudes y rasgos psicológicos asociados a trastorno alimentario y, finalmente, aspectos adaptativos y desadaptativos del perfeccionismo.

METODOLOGÍA:

Muestra:

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y comparativo. La muestra, de tipo intencional, estuvo conformada por 83 mujeres de 19 a 31 años, estudiantes de una universidad pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que accedieron a participar voluntariamente. Luego, se procedió a detectar a las mujeres que presentaban riesgo de trastorno alimentario, obteniéndose dos grupos: 11 mujeres con riesgo de trastorno alimentario y 72 mujeres sin riesgo de trastorno alimentario.

La edad media de las participantes fue de 24.11 años (DE = 3.19). La edad media de las mujeres con riesgo de trastorno alimentario fue 24.36 años (DE = 3.35) y la de las mujeres sin riesgo de trastorno alimentario fue 24.07 años (DE = 3.19). La diferencia entre ambos grupos no resultó estadísticamente significativa [$t(81) = -0.28, p = .778$]. (Ver Tabla 1).

Instrumentos:

Cuestionario de datos: este cuestionario tiene el fin de recabar información como la edad, la talla, el peso actual y el peso deseado. También se indagó acerca de la realización de dietas, la percepción de la imagen corporal y la presencia de conductas compensatorias inapropiadas con el fin de bajar o mantener el peso (tales como, actividad física excesiva, vómitos autoinducidos, consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar).

Contour Drawing Rating Scale (CDRS) (Thompson & Gray, 1995): Se trata de una escala gráfica autoadministrable de siluetas que evalúa el grado de satisfacción con

la imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener (*Figura deseada*) y la que cree tener (*Figura percibida*). Las siluetas dibujadas son 9 y conforman una graduación que se extiende desde una silueta muy delgada hasta una que representa un sobrepeso importante.

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al., 2006): Se trata de un inventario multidimensional autoadministrable que evalúa la presencia de síntomas asociados con los trastornos alimentarios y que se utiliza como instrumento de cribado para detectar población de riesgo. El *EDI-2* está conformado por 11 subescalas que organizan a 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: *siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca*. Las tres primeras subescalas llamadas “de riesgo” evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal. Ellas son: *Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción con la imagen corporal*. Las subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que son clínicamente relevantes (*Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a madurar, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social*). *Almost Perfect Scale Revised (APS-R)* (Slaney et al., 2001; adaptación Arana et al., 2009): Se trata de una escala autoadministrable conformada por 3 subescalas: *Altos Estándares* (evalúa la presencia de estándares elevados de desempeño), *Orden* (evalúa la preferencia por el orden y la pulcritud) y *Discrepancia* (evalúa el grado en que los sujetos se perciben a sí mismos como incapaces para alcanzar sus propios estándares de desempeño). Estas subescalas se encuentran compuestas por 23 ítems, los cuales pueden ser respondidos con 7 opciones, que van de *fuertemente en desacuerdo a fuertemente de acuerdo*. La gran utilidad con la que cuenta la *APS-R* se centra en que permite discriminar los aspectos adaptativos de los desadaptativos del perfeccionismo, dado que las subescalas *Altos Estándares* y *Orden* dan cuenta del aspecto adaptativo del perfeccionismo, mientras que la subescala *Discrepancia* corresponde al aspecto desadaptativo del mismo (Arana, Keegan et al., 2009).

Procedimientos:

En primer lugar, se informó el objetivo del estudio a las estudiantes universitarias. Luego de explicarles que su participación era voluntaria y los datos recabados confidenciales, procedieron a firmar un consentimiento informado para llevar a cabo la investigación.

Posteriormente, las participantes completaron, previa introducción y lectura del instructivo, el *Cuestionario de datos*, el *Contour Drawing Rating Scale (CDRS)* (Thompson & Gray, 1995), el *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al., 2006) y la *Almost Perfect Scale Revised (APS-R)* (Slaney et al., 2001; adaptación Arana et al., 2009). Estos instrumentos autoadministrables fueron completados en grupo en las aulas de la institución educativa ante la presencia de algunos integrantes del equipo de investigación UBACyT, con el fin de poder orien-

¹Proyecto UBACyT 20020090100053 “Trastornos alimentarios: identificación de factores de riesgo en adolescentes. Programación UBACyT 2010/2012. Universidad de Buenos Aires. Directora: Prof. Dra. Guillermina Rutzstein.

²Beca de Investigación UBACyT, Categoría Estímulo. Universidad de Buenos Aires. Título del Proyecto: “Trastornos alimentarios y perfeccionismo en mujeres adolescentes y adultas jóvenes”. Becario: Guido Salvador Cruz. Directora: Prof. Dra. Guillermina Rutzstein.

tarlas ante las dudas que surgieran.

Se consideró que una mujer presentaba riesgo de trastorno alimentario cuando el puntaje obtenido era igual o superior al punto de corte establecido por Garner (1991) en alguna de las tres primeras subescalas del *EDI-2*: *Búsqueda de Delgadez* (≥ 14), *Bulimia* (≥ 7) o *Insatisfacción con la Imagen Corporal* (≥ 16). La proporción de mujeres que presentó riesgo fue 13.25%, proporción similar a la hallada en estudios anteriores de nuestro equipo (Rutzstein, Murawski, Elizathe & Scappatura, 2010) en mujeres adolescentes argentinas, mediante el mismo criterio de riesgo (puntajes en el *EDI-2*).

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico *SPSS* para Windows (versión 15.0). Se utilizó la prueba estadística *U* de Mann-Whitney para el análisis de las variables que no cumplen con los supuestos para ser analizadas mediante pruebas paramétricas; y en las que sí los cumplen se utilizó la prueba *t* de Student. Para la comparación de las proporciones se utilizó la prueba de proporciones.

RESULTADOS:

Variables antropométricas y peso deseado:

En la Tabla 1 se presentan los puntajes promedio de estas variables para ambos grupos. No se hallaron diferencias significativas entre las mujeres con riesgo de trastorno alimentario y las mujeres sin riesgo de trastorno alimentario en cuanto a su peso [$t(81) = 1.07, p = .286$], a su altura [$t(81) = 0.51, p = .613$] ni a su *IMC* [$t(81) = 0.86, p = .390$]. Este Índice permite conocer si el peso de un sujeto es saludable en relación a su altura, y fue calculado en base a los datos declarados por las mujeres mediante la siguiente fórmula: peso (kg) / altura² (m²). En relación a este *IMC*, tanto las mujeres con riesgo de trastorno alimentario (Media = 22.80; DE = 3.59) como las mujeres sin riesgo de trastorno alimentario (Media = 21.93; DE = 3.04) obtuvieron un valor promedio saludable de acuerdo a los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2006).

A su vez, tampoco se hallaron diferencias significativas entre los grupos en relación al peso deseado [$t(81) = -0.16, p = .874$] ni a la diferencia promedio entre el peso deseado y el peso declarado [$t(11.40) = -1.86, p = .089$].

Imagen corporal:

En la Tabla 2 se presentan los puntajes promedio obtenidos por ambos grupos en la *Figura percibida* y la *Figura deseada* del *Contour Drawing Rating Scale*. Si bien no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función del modo en el que se perciben ($U = 374, p = .761$), sí se encontraron diferencias significativas en el modo en el que desean verse ($U = 183.50, p = .002$), siendo las mujeres con riesgo de trastorno alimentario las que desean verse significativamente más delgadas. A su vez, se estudió la diferencia promedio existente entre la *Figura deseada* y la *Figura percibida* en ambos grupos. La diferencia entre ambas figuras fue significativamente mayor en las mujeres con riesgo de trastorno alimentario ($U = 199.50, p = .004$). Las mujeres con riesgo de trastorno

alimentario desean verse 2.18 figuras (DE = 1.60) más delgadas de lo que se perciben, mientras que las mujeres sin riesgo de trastorno alimentario desean verse 1.10 figuras (DE = 0.95) más delgadas de lo que se perciben.

Por otro lado, se analizó la insatisfacción y la distorsión respecto de la imagen corporal. En este estudio se consideró *alto grado de insatisfacción con la imagen corporal* cuando las mujeres que no presentaban sobrepeso u obesidad ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) deseaban verse tres o más figuras más delgadas de la que se percibían. Así, se observó que una proporción significativamente mayor de mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentó un *alto grado de insatisfacción con la imagen corporal* ($z = 2.40, p = .016$), tal como se muestra en la Tabla 3. Por otra parte, se consideró *distorsión de la imagen corporal* cuando una mujer con un peso normal o bajo para su altura ($IMC \leq 20 \text{ kg/m}^2$), se consideraba "gorda" o "con exceso de peso". No se hallaron diferencias significativas entre los grupos respecto a la *distorsión de la imagen corporal* ($z = 1.91, p = .056$), tal como se muestra en la Tabla 3.

Conducta Dietante y Conductas Compensatorias Inapropiadas:

En la Tabla 3 se presenta el porcentaje de mujeres que llevan a cabo algunas conductas compensatorias inapropiadas con el propósito de mantener o bajar su peso. Se halló que una proporción significativamente mayor de mujeres con riesgo de trastorno alimentario se provocó vómitos una vez al mes o más (27.27% de mujeres con riesgo de trastorno alimentario vs. 0% de mujeres sin riesgo de trastorno alimentario; $z = 3.65, p < .001$).

En relación con la conducta dietante y con otras conductas compensatorias inapropiadas (tales como consumo de píldoras adelgazantes, laxantes, diuréticos y realización de ejercicio físico excesivo) no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Subescalas del *Eating Disorder Inventory-2*:

En la Tabla 4 se presentan los puntajes promedio en las subescalas del *Eating Disorder Inventory-2* en ambos grupos. Se encontró que las mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentan puntajes significativamente mayores en ocho de las once subescalas: *Búsqueda de delgadez* ($U = 154, p = .001$), *Bulimia* ($U = 154.50, p < .001$), *Insatisfacción con la imagen corporal* ($U = 40.50, p < .001$), *Ineficacia* ($U = 190.50, p = .004$), *Desconfianza interpersonal* ($U = 250.50, p = .041$), *Conciencia interoceptiva* ($U = 222.50, p = .017$), *Ascetismo* ($U = 137.50, p < .001$) e *Inseguridad social* ($U = 241, p = .032$). En cambio, en las subescalas restantes (*Perfeccionismo*, *Miedo a madurar* e *Impulsividad*) no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Subescalas de la *Almost Perfect Scale-Revised*:

En la Tabla 5 se presentan los puntajes promedio en las subescalas de la *Almost Perfect Scale-Revised* en ambos grupos. Se encontró que las mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentan puntajes significativamente mayores en una de las tres subescalas de la *APS-R*:

Discrepancia ($U = 185.50, p = .019$). En cambio, en las subescalas restantes de *Altos Estándares* y *Orden*, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue comparar estudiantes universitarias mujeres con y sin riesgo de trastorno alimentario, en función de algunas características asociadas a dichas patologías como *IMC*, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, conductas compensatorias inapropiadas, conducta dietante, actitudes y rasgos psicológicos asociados a trastorno alimentario y, finalmente, aspectos adaptativos y desadaptativos del perfeccionismo. No se hallaron diferencias significativas entre las mujeres con y sin riesgo, en cuanto a *IMC*. Mussap, McCabe y Ricciardelli (2008) tampoco detectaron una relación entre *IMC* y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas, explicando dicho fenómeno a partir del hecho de que los valores de *IMC* que utilizaron no se basaban en mediciones realizadas por el equipo de investigación sino en las medidas declaradas por los sujetos. Debido a que en nuestra investigación los valores de *IMC* se obtuvieron de la misma forma, en base a las medidas declaradas por las mujeres, consideramos que esto también podría explicar nuestros resultados. De esta manera, se daría cuenta de la discrepancia de nuestros resultados y los de la mayoría de los estudios realizados en poblaciones similares a la nuestra, los cuales han encontrado relaciones entre *IMC* y problemáticas alimentarias. Algunos autores, por ejemplo, observaron un *IMC* significativamente mayor en mujeres con dichas problemáticas (Mond, Hay, Rodgers, Owen & Beumont, 2004; Sánchez-Johnsen, Hogan, Wilkens & Fitzgibbon, 2008).

La literatura especializada también ha asociado la insatisfacción con la imagen corporal y distorsión de la imagen corporal, a problemáticas alimentarias (Gupta, Gupta, Schork & Watteel, 1995; Haines & Neumark-Sztainer, 2006; Mussap et al., 2008). Si bien en la presente investigación se observó una proporción significativamente mayor de mujeres en riesgo de trastorno alimentario con insatisfacción con la imagen corporal, no se halló lo mismo con respecto a la distorsión. No obstante, la proporción de mujeres con distorsión de la imagen corporal fue mayor en el grupo en riesgo, sin llegar a presentar una diferencia estadísticamente significativa, pero estando muy próximo a alcanzarla ($p = .056$). Por lo tanto, en esta variable en particular, tal vez el número pequeño de mujeres en riesgo podría no haber aportado la potencia estadística necesaria para detectar una diferencia significativa.

En relación con las conductas compensatorias inapropiadas y la conducta dietante, aunque se halló una proporción significativamente mayor de mujeres con riesgo que se provocaban vómitos, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a las demás conductas (píldoras adelgazantes, laxantes, diuréticos, actividad física excesiva y dieta). Estos resultados no son consistentes con los hallados en estudios anteriores de nuestro equipo (Rutzstein, Murawski, Elizathe, Arana et al., 2010) en población adolescente, en los cuales se

detectaron porcentajes significativamente mayores de vómitos, laxantes, actividad física excesiva y dieta, en pacientes con trastorno alimentario. En cuanto a la conducta dietante, Haines y Neumark-Sztainer (2006), a partir de una revisión de la literatura especializada, plantearon que dicha conducta se encuentra altamente relacionada con población que presenta trastorno alimentario. Sin embargo, el hecho de que la presente investigación haya trabajado con población en riesgo de trastorno alimentario y no con una población que presente un cuadro definido de dichas patologías, podría explicar que el grupo en riesgo no haya mostrado porcentajes significativamente superiores de las conductas mencionadas, en comparación con el grupo sin riesgo. A su vez, resulta notable que aún en el grupo de estudiantes universitarias sin riesgo, casi 1 de cada 4 estudiantes realizara dieta para bajar de peso. Además algunas de ellas, aunque muy pocas, consumen píldoras adelgazantes, laxantes o diuréticos con la intención de bajar de peso. La presencia de estas conductas compensatorias y de un elevado porcentaje de dieta en las estudiantes sin riesgo, también podría explicar que no se hayan observado diferencias significativas entre ambos grupos.

Mediante el análisis del *EDI-2*, evaluamos que las mujeres con riesgo de trastorno alimentario presentaron puntajes significativamente mayores que las mujeres sin riesgo, en las subescalas que evalúan conductas y actitudes con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal asociadas a trastorno alimentario (*Búsqueda de delgadez*, *Bulimia* e *Insatisfacción con la imagen corporal*). Además, presentaron puntajes significativamente mayores en 5 de las 8 subescalas que evalúan rasgos psicológicos asociados a dicho trastorno (*Ineficacia*, *Desconfianza interpersonal*, *Conciencia interoceptiva*, *Ascetismo* e *Inseguridad social*), no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos en las 3 restantes (*Perfeccionismo*, *Miedo a madurar* e *Impulsividad*). Asimismo, Rutzstein, Murawski, Elizathe, Arana et al. (2010) compararon las subescalas del *EDI-2* entre mujeres adolescentes con y sin trastorno alimentario, arribando a resultados similares. Las mujeres con trastorno alimentario en dicho estudio puntuaron significativamente más alto en todas las subescalas, exceptuando las de *Perfeccionismo* y *Miedo a madurar*, al igual que sucedió en este estudio.

Por otro lado, se observó que las mujeres con riesgo presentaron puntajes significativamente mayores en la subescala *Discrepancia* de la *APS-R*. Siendo que dicha subescala evalúa el aspecto desadaptativo del perfeccionismo, este resultado no sería consistente con el hecho de que las mujeres con riesgo no presentaron puntajes significativamente mayores en la subescala de *Perfeccionismo* del *EDI-2*. Consideramos que esta divergencia en la evaluación del perfeccionismo se debe a que las subescalas de *Perfeccionismo* del *EDI-2* y *Discrepancia* de la *APS-R*, evalúan constructos psicológicos diferentes. Garner diseñó la subescala de *Perfeccionismo del EDI-2* para evaluar una dimensión cognitiva y comportamental característica de la anorexia nervosa (Garner, Olmsted, Polivy & Garfinkel, 1984). Por otro lado, Slaney diseñó la

subescala de *Discrepancia* para evaluar un aspecto del constructo perfeccionismo, siendo este aspecto definido como la diferencia percibida entre las expectativas de desempeño del sujeto y la auto-evaluación de dicho desempeño (Rice et al., 2007).

A su vez, no se observaron diferencias significativas entre los grupos con y sin riesgo de trastorno alimentario, en las subescalas *Altos Estándares* y *Orden* de la *APS-R*. Sin embargo, como se mencionó previamente, se hallaron puntajes significativamente superiores en las mujeres con riesgo en la subescala *Discrepancia*. Estos resultados siguen la misma línea de lo hallado por otros autores (Ashby et al., 1998). Dour y Theran (2011) detectaron una correlación positiva significativa entre la subescala *Discrepancia* y actitudes alimentarias problemáticas, en estudiantes adolescentes de ambos sexos. En este mismo sentido, Pearson y Gleaves (2006) evaluaron la relación entre las múltiples dimensiones del perfeccionismo y ciertos aspectos relacionados a trastorno alimentario, en una muestra de mujeres universitarias, mediante diferentes instrumentos para evaluar perfeccionismo (*APS-R*, *Frost's Multidimensional Perfectionism Scale*, *Burns Perfectionism Scale*, y la *Neurotic Perfectionism Scale*). Posteriormente realizaron un análisis factorial de los datos obtenidos, del cual emergieron 3 factores de perfeccionismo. Dentro de estos factores englobaron a las subescalas de los diferentes instrumentos utilizados para evaluar perfeccionismo. Los 3 factores eran *Perfeccionismo Neurótico*, *Perfeccionismo Normal* y *Orden*, y dentro de ellos se ubicaban respectivamente las siguientes subescalas de la *APS-R*: *Discrepancia*, *Altos estándares* y *Orden*. Finalmente, observaron que el factor *Perfeccionismo Neurótico* fue el único que correlacionó significativamente con aspectos relacionados con trastorno alimentario. A la luz de estos resultados, se podría inferir que la subescala *Discrepancia* de la *APS-R* se asocia con sintomatología específica de los trastornos alimentarios. Siendo que dicha subescala evalúa el aspecto desadaptativo del perfeccionismo, estos hallazgos aportarían evidencia a la hipótesis de que las problemáticas alimentarias se asocian exclusivamente con los aspectos desadaptativos del perfeccionismo y no con los adaptativos (para una revisión véase Scappatura et al., en prensa).

Para concluir, se pueden señalar algunas limitaciones de este estudio. La generalización de los resultados queda limitada porque se trabajó con una muestra de tipo intencional. Además, quedaron excluidas las mujeres que no realizan estudios universitarios. Finalmente, el haber trabajado con un n pequeño de mujeres con riesgo de trastorno alimentario podría haber afectado la potencia de las pruebas estadísticas, dificultando la detección de una diferencia significativa entre los grupos. Sin embargo, dicha dificultad se puede inferir únicamente en la variable *distorsión de la imagen corporal*. Respecto a la mayoría de las otras variables estudiadas, fue posible detectar diferencias significativas entre las mujeres con y sin riesgo. A su vez, es pertinente señalar que la proporción de mujeres que presentó riesgo (13.25%) fue similar a la hallada en estudios anteriores de nuestro equipo en mujeres adoles-

centes (Rutzstein, Murawski, Elizathe & Scappatura, 2010), utilizando el mismo criterio de riesgo (puntajes en el *EDI-2*). Sería de interés reproducir el estudio con una muestra mayor de mujeres, resultando posible de esta manera obtener un n mayor de mujeres con riesgo de trastorno alimentario.

Tabla 1 - Características de la Muestra:
Edad, Variables Antropométricas y Peso Deseado

	Mujeres con Riesgo de TA		Mujeres sin Riesgo de TA		t de Student	
	n	Media (DE)	n	Media (DE)	t	p
Edad (años)	11	24.36 (3.35)	72	24.07 (3.19)	0.28	.778
Peso declarado (kg)	11	60.36 (12.91)	72	57.01 (9.08)	1.07	.286
Altura declarado (m)	11	1.62 (0.08)	72	1.61 (0.06)	0.51	.613
Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	11	22.80 (3.59)	72	21.93 (3.04)	0.86	.390
Peso deseado (kg)	11	53.45 (8.07)	72	53.77 (5.83)	-0.16	.874
Diferencia entre Peso deseado y Peso declarado (kg)	11	-6.91 (6.33)	72	-3.24 (4.22)	-1.86	.089

Nota.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabla 2 - Imagen Corporal - Figura Percibida y Figura Deseada del CDRS

	Mujeres con Riesgo de TA		Mujeres sin Riesgo de TA		U de Mann-Whitney	
	n	Media (DE)	n	Media (DE)	U	p
"Me veo"	11	5.09 (1.45)	72	5.01 (1.31)	374	.761
"Me gustaría verme"	11	2.91 (0.94)	72	3.92 (0.92)	183.50	.002 **
Diferencia entre como se ven y como les gustaría verse	11	-2.18 (1.60)	72	-1.10 (0.95)	199.50	.004 **

Nota.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabla 3 - Conducta dietante, conductas compensatorias inapropiadas e imagen corporal

	Mujeres con Riesgo de TA		Mujeres sin Riesgo de TA		Prueba de proporciones	
	n	% (f)	n	% (f)	z	p
Conducta dietante	11	54.55% (6)	72	23.61% (17)	1.77	.076
Actividad física excesiva	11	36.36% (4)	72	23.61% (17)	0.53	.594
Vómitos autoinducidos	11	27.27% (3)	72	0% (0)	3.65	<.001 ***
Píldoras adelgazantes	11	9.09% (1)	72	1.39% (1)	0.50	.620
Laxantes	11	9.09% (1)	72	2.78% (2)	0.18	.859
Diuréticos	11	9.09% (1)	72	5.56% (4)	-0.22	.825
Alto grado de insatisfacción con la imagen corporal	11	36.36% (4)	72	6.94% (5)	2.40	.016 *
Distorsión de la imagen corporal	11	18.18% (2)	72	1.39% (1)	1.91	.056

Nota.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabla 4 - Puntajes en las subescalas del EDI-2

	Mujeres con Riesgo de TA		Mujeres sin Riesgo de TA		U de Mann-Whitney		
	n ⁺	Media (DE)	n ⁺	Media (DE)	U	p	
Búsqueda de delgadez	11	9.64 (7.42)	72	2.64 (3.24)	154	.001	**
Bulimia	10	3.60 (3.75)	72	0.43 (0.98)	154.50	<.001	***
Insatisfacción con la imagen corporal	11	14.55 (4.87)	71	4.65 (3.66)	40.50	<.001	***
Ineficacia	11	5.64 (6.85)	72	1.86 (3.04)	190.50	.004	**
Perfeccionismo	11	4.00 (1.84)	72	3.25 (2.56)	303.50	.209	
Desconfianza interpersonal	11	2.64 (1.50)	72	1.97 (2.94)	250.50	.041	*
Conciencia interoceptiva	11	4.45 (3.78)	72	1.60 (1.92)	222.50	.017	*
Miedo a madurar	11	7.45 (6.96)	72	4.03 (3.50)	283.50	.128	
Ascetismo	11	4.27 (3.50)	71	1.38 (1.50)	137.50	<.001	***
Impulsividad	11	4.00 (5.37)	71	2.68 (3.53)	339.50	.475	
Inseguridad social	11	3.55 (3.47)	72	1.67 (2.06)	241	.032	*

Nota.

+No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabla 5 - Puntajes en las subescalas de la APS-R

	Mujeres con Riesgo de TA		Mujeres sin Riesgo de TA		U de Mann-Whitney		
	n ⁺	Media (DE)	n ⁺	Media (DE)	U	p	
Altos Estándares	11	37.27 (5.04)	71	36.07 (5.44)	347.50	.558	
Orden	11	19.36 (6.15)	71	17.93 (4.44)	297	.202	
Discrepancia	10	54.00 (11.57)	69	42.19 (15.81)	185.50	.019	*

Nota.

+No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer la colaboración de los siguientes profesionales: Fernán Arana, Luciana Elizathe, M. Alejandra Grad Gut, Eduardo Leonardelli, Paula Salaberry y M. Luz Scappatura.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Arana, F., Keegan, E. & 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 argentinos. *Revista Evaluar Publicación Anual del Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba*, 9, 35-53.
- Arana, F., Scappatura, M. L., Miracco, M., Elizathe, L., Rutzstein, G. & Keegan, E. (2009). Un estudio sobre perfeccionismo en estudiantes universitarios argentinos: Resultados preliminares en estudiantes de Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 16, 17-24.
- Ashby, J. S., Kottman, T. & Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling*, 20.
- Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1977-1986.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.
- Boone, L., Soenens, B., Braet, C. & Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 686-691.
- Congreso de la Nación, Argentina. (2008). *Ley 26.396. Trastornos alimentarios. Boletín Oficial de la Republica Argentina*, N° 31481.
- Dour, H. J. & Theran S. A. (2011). The interaction between the superhero ideal and maladaptive perfectionism as predictors of unhealthy eating attitudes and body esteem. *Body Image*, 8, 93-96.
- Franco, K., Mancilla, J.M., Alvarez, G., Vázquez, R., Lopez, X. & Diaz, F. (2009). The role of perfectionism on eating behaviors among women with eating disorder [Abstract]. *Appetite*, 3(52), 832.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorders Inventory 2*. Odessa, FL: Psychosocial Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 3(46), 255-266.
- Góngora, V., Grinhauz, A. S. & Suárez Hernández, N. V. (2010). Evaluación de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de nivel medio en base a inventarios y entrevistas. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 4, 503-504.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J. & Watteel, G. N. (1995). Perceived touch deprivation and body image: some observations among eating disordered and non-clinical subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 4(39), 459-464.
- Haines, J. & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 6(21), 770-782.
- Kirsh, G., McVey G., Tweed S. & Katzman D. K. (2007). Psychosocial profiles of young adolescent females seeking treatment for an eating disorder. *Journal of Adolescent Health*, 40, 351-356.
- Macedo, A., Soares M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B. & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in portuguese university students. *European Eating Disorders Review*, 15, 296-304.
- Machado, P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek H. W. (2007). The prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 3(40), 212-217.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C. & Beumont, P. J. V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 551-567.
- Mussap, A. J., McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2008). Implications of accuracy, sensitivity, and variability of body size estimations to disordered eating. *Body Image*, 5, 80-90.
- Nilsson, K., Sundbom, E. & Hägglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset Anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16, 386-394.
- Pearson C. A. & Gleaves D. H. (2006). The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*, 41, 225-235.
- Peláez Fernández, M. A., Labrador, F. J. & Raich, R. M (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681-690.
- Rice, K. G., Ashby, J. S. & Slaney, R. B. (2007). Perfectionism and the Five-Factor Model of Personality. *Assessment*, 4(14), 385-398.
- Rutzstein, G., Armatta, A., Casquet, A., Leonardelli, E., López, P., Marola, M.E., Moiseeff, C., Murawski, B. & Redondo, G. (2006). Body image and eating disorders in ballet students. Póster presentado en *International Conference on Eating Disorders*, Barcelona, España.
- Rutzstein, G., Armatta, A. M. & Murawski, B. (2009). Interdisciplina en trastornos alimentarios. *Revista Redes y Paradigmas*, 3.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Arana, F., Armatta, A. M. & Leonardelli, E. (2010). Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes: un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 329-346.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. & Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 48-61.
- Sánchez-Johnsen, L. A. P., Hogan, K., Wilkens, L. R. & Fitzgibbon, M. L. (2008). Correlates of problematic eating behaviors in less acculturated Latinas. *Eating Behaviors*, 9, 181-189.
- Sassaroli, S., Romero Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Scappatura, M. L., Arana, F., Elizathe, L. & Rutzstein, G. (en prensa). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*.

- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 6(21), 879 - 906.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- 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.
- Suárez Hernández, N. V., Grinhauz, A. S. & Góngora, V. (2009). Comparación del sistema de creencias y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria entre estudiantes de nivel medio y estudiantes universitarios. *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI jornadas de investigación. Quinto encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR*, 3, 560-561.
- Thompson, M. A. & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body image assessment tool. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.
- Vega, V. & Quiroga S. E. (2003). Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. *Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. Salud, Educación, Justicia y Trabajo*, 1, 113-115.
- World Health Organization. (2006). *Global Database on Body Mass Index*. BMI classification. Extraído el 19 de marzo de 2009 desde http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Fecha de recepción: 31 de marzo de 2011

Fecha de aceptación: 21 de junio de 2011