

**Estudio Comparativo del Autoconcepto, Autoestima
y el nivel de Perfeccionismo en Personas con y sin
Sintomatología Compatible con Trastornos de la Conducta
Alimentaria**

**Comparative Study of Self-Concept, Self-Esteem and
the Level of Perfectionism in People With and Without
Symptoms Compatible with Eating Disorders**

Pardo Ferrando, Rebeca¹

**Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica, Universidad de
Alicante-España**
rebecapardo2001@gmail.com

Navarro Soria, Ignasi²

**Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica ,Universidad de
Alicante-España**
ignasi.navaro@ua.es

Rubio Sánchez-Molina, Inés³

**Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica ,Universidad de
Alicante-España**
inesyrubio@gmail.com

Gutiérrez Martínez, Alba⁴

**Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica, Universidad de
Alicante-España**
albagutierrez0685@gmail.com

¹ Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Alicante.

² Doctor en Psicología. Universidad de Alicante. <https://orcid.org/0000-0001-5966-9604>

³ Licenciada en Magisterio de Educación Primaria. Universidad de Alicante. <https://orcid.org/0009-0002-3427-0060>

⁴ Licenciada en Magisterio de Educación Primaria. Universidad de Alicante. <https://orcid.org/0009-0004-0501-7650>

Torrecillas Martínez, Manuel⁵

**Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica, Universidad de
Alicante-España**

manuel.torrecillas@ua.es

Siles Torrelío, Jimena Lourdes⁶

**Instituto de Investigaciones en Ciencias Humanas y de la Educación,
Universidad Lasalle Bolivia**

jsilest@doc.ulasalle.edu.bo

Artículo Recibido: 16-03-2026

Artículo Aceptado: 05-08-2026

DOI: <https://doi.org/10.55739/fer.32.196>

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. El objetivo de la presente investigación consiste en explorar y comparar los trastornos de conducta, el autoconcepto, autoestima y perfeccionismo entre un grupo con sintomatología compatible con un trastorno alimentario y otro sin ella en una población de personas entre 18 a 40 años de edad. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, el diseño del estudio fue comparativo-transversal con dos grupos de personas: de riesgo, formado por las personas que alcanzaron el punto de corte del EAT-26, y grupo control, formado por quienes no lo alcanzaron. El tamaño de la población fue de 52 personas. Los resultados mostraron que las personas con sintomatología compatible con un Trastorno de la Conducta Alimentaria presentan un autoconcepto emocional y total más bajo, así como una mayor preocupación por cometer errores, en comparación con el grupo que no la presentaba. La autoestima y el resto de dimensiones del perfeccionismo apuntaron en la misma dirección, sin alcanzar la significación estadística. De esta forma, se evidencia una conexión entre estos aspectos y el trastorno, lo que hace necesaria una posible prevención.

5 Licenciado en Psicología. Universidad de Alicante. <https://orcid.org/0000-0002-9994-695X>

6 Master en Investigación en Psicología, Universidad Internacional de la Rioja UNIR-España (<https://orcid.org/0009-0007-1568-1792>)

Palabras clave:

Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), perfeccionismo, autoestima, autoconcepto, anorexia, bulimia.

Abstract.

Eating disorders are mental illnesses characterized by distorted eating behaviors and an extreme preoccupation with self-image and body weight. The objective of this research is to explore and compare eating disorders, self-concept, self-esteem, and perfectionism between a group with symptoms compatible with an eating disorder and a group without such symptoms in a population of individuals aged 19 to 40. The methodology employed was quantitative, and the study design was comparative-cross-sectional with two groups: an at-risk group, comprised of individuals scoring at or above the EAT-26 cut-off, and a control group, comprised of individuals scoring below it. The study population consisted of 52 individuals. The results showed that individuals with symptoms compatible with an eating disorder had a lower emotional and overall self-concept, as well as greater concern over mistakes, compared with the control group. Self-esteem and the remaining perfectionism dimensions pointed in the same direction but did not reach statistical significance. This demonstrates a connection between these aspects and the disorder, highlighting the need for potential prevention strategies.

Key words:

Eating Disorder (ED), perfectionism, self-esteem, self-concept, anorexia, bulimia.

.....

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Consta de un grupo de trastornos caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y comportamientos encaminados a controlar el peso (Vargas Baldares, 2013). Estos, (en adelante TCA), tienen una etiopatogenia desconocida, pero se conoce que es un trastorno de causa multifactorial. Se identifican

como causas generales de la TCA los factores socioculturales (el ideal de belleza que presentan los medios de comunicación de modelos con extrema delgadez), los factores biológicos (predisposición genética) y factores personales como son una baja autoestima y un alto nivel de autoexigencia (Vargas Baldares, 2013).

En cuanto a los principales trastornos de la conducta alimentaria que se pueden identificar destacan la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos no especificados (TANE) (American Psychiatric Association, 2013).

A partir de lo expuesto, la presente investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿existen diferencias significativas en los niveles de autoconcepto, autoestima y perfeccionismo entre personas con y sin sintomatología compatible con un trastorno de la conducta alimentaria?

Para dar respuesta a esta cuestión, el presente estudio tiene como objetivo general comparar los niveles de estas tres variables entre un grupo de personas con sintomatología compatible con un trastorno de la conducta alimentaria (grupo de riesgo) y un grupo de control sin dicha sintomatología.

De manera específica, este trabajo se propone, en primer lugar, analizar qué tipo de autoestima presentan las personas con sintomatología compatible con un TCA; en segundo lugar, analizar el grado de perfeccionismo y determinar si constituye un rasgo característico de estas personas; en tercer lugar, examinar su nivel de autoconcepto; y, por último, comprobar la comparabilidad inicial de ambos grupos y explorar si existen diferencias en las variables estudiadas en función del sexo.

Referentes conceptuales

Trastornos de conducta alimentaria

Por un lado, la anorexia fue considerada un problema médico a finales del siglo XVII por Richard Morton. Sin embargo, no es hasta 1873 por

Lasègue y 1874 por Gull cuando ésta se describe como una entidad clínica que recoge las mismas características (Bosque-Garza y Caballero-Romo, 2009). La anorexia nerviosa (en adelante AN), es un trastorno psiquiátrico severo que desencadena consecuencias físicas y psicológicas. Entre ellas se incluye la distorsión de la imagen corporal y la alteración de la conducta alimentaria (Pelegrín Hernando, 2020), siendo además el rasgo principal la negativa a alimentarse de forma adecuada por un temor irracional a ganar peso (García Perera et al., 2025). Existen dos tipos de AN, el de tipo restrictivo y el compulsivo o purgativo. La anorexia de tipo restrictivo se caracteriza por la restricción alimentaria y/o ejercicio físico excesivo que el paciente utiliza como forma de controlar o disminuir de peso. Por otro lado, el individuo que presenta AN de tipo compulsivo puede o no tener periodos de atracones de comida, utilizando regularmente conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas) para controlar o bajar de peso.

Por otro lado, los primeros casos de bulimia nerviosa (en adelante BN), fueron descritos en 1972 y en 1973. A pesar de ello, fue Gerard Russel a finales del siglo XX quien se encargó de reconocer la BN como un trastorno, y posteriormente se publicó en el DSM-III (López Cano y Treasure, 2011). Cabe destacar que la BN es un trastorno psicológico caracterizado por la aparición de episodios de descontrol alimentario que llevan al individuo a consumir grandes cantidades de comida en un espacio corto de tiempo. A continuación de este suceso, se llevan a cabo medidas encaminadas a paliar los atracones como son los vómitos, ejercicio intenso y utilización de laxantes, diuréticos o enemas (Walsh y Attia, 2019). Además, dentro de la misma, se distinguen dos tipos: la de tipo purgativo y la de tipo restrictivo. La primera de ellas se caracteriza por presentar periodos de atracones de comida seguidos, de manera inmediata, por conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas). La segunda de ellas también presenta periodos de atracones de comida aunque no recurre a conductas purgativas, sino que utiliza otras conductas compensatorias como el ayuno y/o el ejercicio físico (López Cano y Treasure, 2011).

Por último, el tercer tipo de trastorno alimenticio mencionado es el

Trastorno de Conducta No Especificado (TANE), el cual se constituye por cuadros de AN o BN incompletos por su inicio de la enfermedad o porque está en vías de resolución (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto a la afectación de los trastornos alimenticios en la población, cabe destacar que afectan en mayor medida a mujeres adolescentes y en adultez temprana, entre 12 y 25 años. Cabe destacar que las personas perfeccionistas, críticas consigo mismas y con alto nivel de autoexigencia son más propensas a padecer esta enfermedad psicológica. De la misma manera, tener una baja autoestima supone un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de un TCA (Vargas Baldares, 2013). Las personas que se dedican al atletismo y al modelismo son un ejemplo constatado de ello. Este segundo grupo se encuentra influenciado por los medios de comunicación y las redes sociales, que crean un ideal de belleza marcado por la sociedad difícilmente alcanzable (Mitchison et al., 2014). A continuación, se presentan algunos conceptos relevantes, mencionados anteriormente, que contribuyen de manera directa al desarrollo del TCA. Como conceptos que contribuyen al desarrollo de un TCA, cabe destacar que, en primer lugar, el autoconcepto es la percepción o visión que una persona tiene de sí mismo, proveniente de dos vertientes: la autopercepción, basada en las creencias que tenemos sobre nosotros mismos (y cuya valoración puede influir en que se tenga una autoestima alta o baja); y de la imagen que nos devuelven las personas de nosotros, es decir, lo que piensan los demás de uno mismo (Páramo Morales, 2021).

Trastornos de conducta alimentaria y autoestima

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, otro aspecto que interviene es la autoestima, puesto que conforma la actitud que uno mismo tiene hacia aspectos que componen nuestro yo (Amador Campos, 1995; Rosenberg, 1965b), y los juicios de valor, positivos o negativos, que uno hace sobre sí mismo, es decir, su autoconcepto (Branden, 1993; Perales Garza, 2021). La autoestima puede ser alta o baja dependiendo de distintos factores y momentos de la vida, ya que las emociones y percepciones son cambiantes (Branden, 1994). Por una parte, tener una autoestima alta fortalece,

proporciona energía y motiva; conduciendo a la consecución de logros y el enorgullecimiento de ellos (Branden, 1994). Contrariamente, cuando se tiene una autoestima baja se tiende a poseer menos resistencia frente a las adversidades diarias y se le otorga más importancia a aquello negativo que nos sucede. Además, debido a la naturaleza social de nuestra especie, el deseo de agradar puede conducir al individuo a hacer cosas que dañen su autoestima. Como consecuencia, la baja autoestima da lugar a sentimientos de angustia, dolor, indecisión, desánimo y vergüenza; desencadenando comparaciones con los demás. Las afectaciones psicológicas conducen a patologías como el perfeccionismo, impulsividad, insomnio, hipertensión, depresión, ansiedad, suicidio (Barreto de Castro et al., 2020), y/o trastornos de la conducta alimentaria (Krauss et al., 2023).

Este último está relacionado con la necesidad de tener la aprobación externa constante, inseguridad, poca actividad social por parte del individuo, tendencia a realizarse una autocrítica negativa, tener un pensamiento extremista y de inutilidad (C. De Rosa et al., 2012), así como tener una percepción equivocada o distorsionada de uno mismo y de la realidad (Chemisquy, 2018). Así pues, el perfeccionismo es un rasgo de personalidad asociado al establecimiento de altos estándares en distintos aspectos de la vida. Esto se traduce en una evaluación excesivamente crítica y una preocupación en exceso por evitar cometer errores y poseer imperfecciones (Frost et al., 1990). Es relevante mencionar que las personas perfeccionistas a lo largo de su vida suelen tener trastornos de ansiedad, depresivos y/o de la alimentación (Shafran y Mansell, 2001). De la misma manera, este rasgo está estrechamente vinculado a la autocrítica. Las personas autocríticas se evalúan de forma rígida y sesgan su percepción hacia el error; desarrollando inseguridad respecto a sus capacidades e impidiendo desarrollar su potencial (C. De Rosa et al., 2012). Se pueden encontrar dos tipos de perfeccionismo: el adaptativo y el desadaptativo o neurótico. Mientras que las personas con perfeccionismo adaptativo tienen estándares altos, pero poseen una autoestima alta, autoeficacia, auto-mejora y afrontamiento activo, una búsqueda sana de excelencia para conseguir aquello que se proponen, las personas con perfeccionismo desadaptativo o neurótico tienen una dependencia excesiva de la autoevaluación en

función del logro de sus altos estándares de rendimiento (L. De Rosa et al., 2012). Considerado como un factor de riesgo, mantenimiento y recaída de estos trastornos, el perfeccionismo se asocia con la posibilidad de sufrir trastornos alimentarios (Bardone-Cone et al., 2007), debido a la búsqueda de la perfección y estándares poco realistas en relación con el atractivo físico y la delgadez (Garner et al., 1983). Además de ello, en un estudio de revisión, Bardone-Cone et al. (2007) detectaron que el perfeccionismo no solo está asociado a los trastornos alimentarios en lo que respecta a la fase aguda de estos; sino que se asociaría, además, a peores resultados en la fase de recuperación de dicha enfermedad (Scappatura et al., 2011).

Metodología

Diseño

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, el diseño del estudio empleado fue el comparativo-transversal con dos grupos de personas. Uno de los grupos fue el de riesgo, formado por las personas cuya puntuación en el EAT-26 resultó compatible con un TCA, y el otro el grupo control, formado por quienes no alcanzaron dicho punto de corte. La asignación de estos dos grupos fue por muestreo por conveniencia y de “bola de nieve” para obtener más participantes que formen parte del grupo de riesgo.

Muestra

La población participante del estudio fueron mujeres (N= 40) y hombres (N=12) entre 18 y 40 años (M= 23,15), participantes de forma voluntaria. Los participantes fueron 15 personas con puntuaciones compatibles con un TCA en el EAT-26, el 28,85% de los encuestados, y 37 personas que no alcanzaron dicho punto de corte (un 71,15% de los encuestados), siendo un total de 52 personas distribuidas en grupo de riesgo (con sintomatología compatible con un TCA) y grupo control (sin ella).

La mayoría de participantes fueron mujeres, 40 personas (76, 9%) y 12 personas fueron hombres (23,1% del total de encuestados). Se

seleccionaron a los participantes universitarios y por otra parte a jóvenes con antecedentes de dificultades alimentarias, siendo el intervalo de edad de los encuestados de 18 a 40 años. El 92,3 % de la edad de los encuestados fue entre 20 y 26 años.

En cuanto a los estudios realizados por los participantes, 34 personas (65,4%) tienen estudios universitarios, 5 participantes (9,6%) tienen máster o doctorado y otras 5 personas tienen hasta un Grado Superior (9,6%). Del total de los participantes, 3 personas, un 5,8%, tiene Bachillerato, otros 3 encuestados realizaron un Grado Medio (5,8%), y un 3,8% abandonó los estudios después de la ESO.

Instrumentos

El cuestionario empleado consta de cuatro secciones. La primera de ellas tiene el consentimiento informado y preguntas sociodemográficas tales como el sexo y nivel de estudios, con preguntas de selección múltiple, y edad, con una respuesta abierta y breve. La segunda sección es el cuestionario de *Eating Attitudes Test (EAT-26)*, (Garner et al. 1982), que identifica a quienes presentan actitudes alimentarias de riesgo y a quienes no, con un total de 26 ítems. La siguiente tiene dos partes, una de las cuales mide cómo es el autoconcepto mediante el *AF-5 (Autoconcepto Forma-5)*; García y Musitu, 2023), con un total de 30 ítems, y el otro cuestionario mide el nivel de autoestima a través del *Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES* (Rosenberg, 1965a), siendo esta una escala de 10 ítems. La última sección mide el grado de perfeccionismo con la *Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)* de Frost et al. (1990), de 35 ítems.

El cuestionario de *Eating Attitudes Test (EAT-26)*, (Garner et al. 1982), tiene 26 ítems de Escala Likert, donde la elección abarca desde 0 (Siempre) a 5 (Nunca), con seis categorías de respuesta. Este cuestionario está validado y se utiliza para evaluar actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen corporal. Para la puntuación final, cada ítem se puntúa de 0 a 3, según el siguiente criterio: “Siempre”, “Muy frecuentemente”, y “Frecuentemente” se puntúan con 3, 2 y 1,

respectivamente, mientras que “A veces”, “Rara vez” y “Nunca” se puntúan con 0. Para calcular el total, se suman las respuestas a todas las preguntas. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 78, teniendo en cuenta que el ítem 25 se puntúa de forma inversa. Cuando un sujeto puntúa 20 puntos o más, indica un mayor riesgo de sufrir o haber sufrido un trastorno alimenticio. Por el contrario, si puntúa menos de 20 puntos, el sujeto tiene una actitud saludable hacia la alimentación y la imagen corporal.

La escala de *AF-5, Autoconcepto Forma-5* (García y Musitu, 2023), es otra Escala Likert de 30 ítems, donde 1 es “En total desacuerdo” y 5 es “Totalmente de acuerdo”, con cinco categorías de respuesta. Esta escala es validada y evalúa varias dimensiones del autoconcepto: la autoestima, la autoimagen y la autovaloración en las áreas social, académica, emocional y física. Cada área pertenece a una subescala distinta, con sus ítems correspondientes los cuales tienen una puntuación total y un percentil total. Se utiliza *TEA corrige* para calcular la puntuación y el percentil totales de cada área, anotando el número de respuesta de 1 a 99 de cada pregunta.

Por otra parte, la escala de Rosenberg, *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)* de 1965, es una Escala Likert de 10 ítems, donde 1 es “Muy de acuerdo” y 4 “Muy en desacuerdo”, y que consta de 10 ítems. Presenta cuatro opciones de respuesta: la mitad puntúa de forma directa y el resto de manera indirecta. La suma de los valores proporciona una puntuación global, entre 0 y 40 puntos, clasificando a los encuestados en tres grupos: autoestima baja (menos de 25 puntos que indica la existencia de problemas significativos la autoestima), autoestima media (entre 26 y 29 que indica que no existen problemas significativos pero sería aconsejable una mejora de ésta), y autoestima alta (de 30 a 40 puntos, considerada como la adecuada).

La *Escala Multidimensional de Perfeccionismo* (MPS) de Frost et al. (1990) es otra Escala Likert que consta de 35 ítems, donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 4 “Totalmente de acuerdo”, teniendo cinco intervalos de respuesta que mide el grado de perfeccionismo del encuestado. Esta escala tiene 35 ítems de 6 subescalas, pero para identificar si una persona tiene el

grado de perfeccionismo alto, medio o bajo se utilizan 5 subescalas. Estas son: preocupación por los errores, altas expectativas personales, dudas sobre las acciones, expectativas parentales y crítica parental. Los ítems correspondientes a la subescala de organización de forma individual, no determinan el grado de perfeccionismo; es un rasgo de personalidad.

Para calcular el grado de perfeccionismo de cada subescala se suma la puntuación de los ítems correspondientes que han sido puntuados de 1 a 4. Los ítems de la subescala que mide el grado de preocupación por los errores de la *Escala Multidimensional de Perfeccionismo* son los ítems número 9, 10, 13, 14, 19, 21, 23, 24 y 25. De este modo, si la puntuación es de 27 a 36 puntos, la persona tiene una elevada preocupación por los errores, mientras que, si la puntuación obtenida es menor, no hay rasgo perfeccionista en esta subescala. Los ítems de las altas expectativas personales son los ítems 2, 8, 11, 15, 19, 22 y 31. Si la puntuación es entre 20 y 28 puntos hay existencia de altas expectativas personales, y si es menor de 20 puntos no se consideran altas. Por otro lado, para medir el si el grado de las dudas sobre las acciones es alto o no los ítems son el 17, 28, 32 y 33. Por el contrario, cuando la puntuación oscila entre 12 y 16 puntos, existe un alto grado de duda sobre las acciones de uno mismo. En la escala de Frost et al., para medir la percepción de las expectativas parentales se utilizan los ítems 4, 5, 12, 15 y 20. El grado alto de expectativas parentales oscila entre 15 y 20 puntos. Por último, para medir el grado de crítica parental se utiliza el ítem 1, 3, 9, 11, 22 y 26, considerándose una alta percepción de crítica parental de 19 a 24 puntos.

En la presente muestra, todos los instrumentos mostraron una consistencia interna adecuada: $\alpha = .94$ para el EAT-26, $\alpha = .86$ para el AF-5 (con valores entre .75 y .87 en sus cinco dimensiones), $\alpha = .88$ para la RSES y $\alpha = .90$ para la MPS. Entre las subescalas de perfeccionismo, la fiabilidad osciló entre .53 (dudas sobre las acciones, compuesta por solo cuatro ítems) y .84 (preocupación por los errores). Los valores completos se recogen en la Tabla 2.

Procedimiento

Captados por formar parte de la universidad y por redes sociales en un muestreo por conveniencia, los participantes se seleccionaron en función de su disponibilidad y proximidad al investigador y por muestreo de “bola de nieve”. Este es un muestreo no probabilístico utilizado en investigaciones para reclutar participantes, especialmente cuando la población del grupo de riesgo es difícil de alcanzar.

El cuestionario, de elaboración propia, se administró online a través de Google Forms. El cuestionario incluía una pregunta de autoinforme sobre el antecedente de TCA, a partir de la cual, de forma provisional, 21 personas se identificaron con presencia de TCA y 31 sin ella. Esta clasificación inicial fue posteriormente contrastada mediante el EAT-26 (véase Análisis de Datos y Resultados), quedando la muestra definitiva en 15 personas con puntuaciones compatibles con un TCA (en adelante, grupo de riesgo) y 37 sin ellas (grupo control). El criterio de asignación definitivo a los grupos fue, por tanto, la puntuación obtenida en el EAT-26 (≥ 20 puntos = grupo de riesgo), con independencia de lo indicado en el autoinforme inicial.

En el cuestionario existe una pregunta donde se especifica si ha habido un diagnóstico de algún TCA y/o cree que lo ha padecido o, en cambio, nunca ha sufrido ninguna enfermedad de dicho trastorno. A pesar de la existencia de esta pregunta, el cuestionario de *Eating Attitudes Test* (EAT-26) confirmará o refutará quiénes presentan rasgos de sufrir un TCA y quiénes no.

Previamente a la realización de este cuestionario, todos los participantes dieron su consentimiento informado. En este consentimiento, se les informa de qué va el estudio, qué se quiere estudiar, quién lo realiza, para qué universidad y quién tutoriza a la alumna matriculada en el TFG. También se les informa que el cuestionario se realiza de forma anónima y los datos son tratados de manera confidencial. Así pues, la persona encuestada tiene que aceptar o rechazar el consentimiento informado para ser partícipe o no de esta investigación y llevar a cabo la realización del

cuestionario.

Análisis de Datos

Este estudio compara los niveles de autoconcepto, autoestima y perfeccionismo entre personas con y sin sintomatología compatible con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Tras pasar el *EAT-26*, la muestra de 52 participantes quedó dividida en el grupo de riesgo (15 personas) y el grupo control (37 personas). Se comprobó mediante la prueba exacta de Fisher que ambos grupos eran homogéneos en cuanto a sexo (véase Tabla 1). Para analizar las diferencias entre los dos grupos en las variables de autoconcepto y perfeccionismo, tras comprobar los supuestos de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk —que se cumplió en la mayoría de las variables, con la excepción del autoconcepto familiar y las expectativas parentales en el grupo control y de la crítica parental en el grupo de riesgo— y de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene, que se cumplió en todos los casos (véase Tabla 2). Para las variables cuya distribución se apartó de la normalidad se replicaron los contrastes mediante la prueba U de Mann-Whitney, con resultados coincidentes en todos los casos se aplicó la prueba *t de Student* (Student, 1908), en su variante con corrección de Welch, que no asume homogeneidad de varianzas y que explica que los grados de libertad informados no sean enteros. Esto se debe a que las variables de autoconcepto y perfeccionismo son continuas y se comparan dos grupos independientes. El tamaño del efecto se calculó mediante la *d de Cohen* (Cohen, 1988). En el caso de la autoestima, se utilizó la prueba de *Chi-cuadrado* (Pearson, 1900), dado que la variable es categórica, y el tamaño del efecto se calculó mediante la *V de Cramer* (Cramér, 1946).

El tamaño de la muestra no se fijó mediante un cálculo de potencia a priori, dado que la captación se realizó por conveniencia y bola de nieve sobre una población de difícil acceso. Para valorar la sensibilidad del diseño se llevó a cabo un análisis de potencia con los tamaños grupales finales ($n = 15$ y $n = 37$): para un contraste *t* bilateral con $\alpha = .05$ y una potencia de .80, el diseño permite detectar efectos a partir de $d = 0.87$. En consecuencia, el

estudio contó con potencia suficiente para identificar los efectos de mayor magnitud, mientras que los de magnitud moderada (d entre 0.40 y 0.69) se estimaron con una potencia inferior a .60, aspecto que se retoma en las limitaciones.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la comparación entre los grupos de riesgo y control en las variables de autoconcepto, autoestima y perfeccionismo.

Antes de realizar la investigación, y por lo tanto, el cuestionario de *Eating Attitudes Test* (*EAT-26*), de los 52 participantes, 21 personas creían haber sufrido un TCA en algún momento de su vida y 31 personas creían no haber sufrido nunca un TCA. Sin embargo, al pasar el *EAT-26* la muestra quedó distribuida en un grupo con puntuaciones compatibles con un TCA —grupo de riesgo—, 15 personas (28,85%), y un grupo control de 37 personas (71,15%). En cuanto al sexo de los 15 participantes del grupo de riesgo, 3 eran hombres (20,0%) y 12 mujeres (80,0%), siendo en la participación total de la investigación, 40 mujeres y 12 hombres. Al realizar la prueba de *Chi-cuadrado* no se obtiene una diferencia significativa de la variable género con el resto de variables.

El nivel de estudios de las personas del grupo de riesgo se distribuye de la siguiente manera:

- Un 6,7% ha cursado la Escuela Secundaria Obligatoria.
- Un 13,3% ha realizado Bachillerato.
- Un 66,7% personas con un grado universitario (10 personas).
- Un 6,7% Grado Medio.
- Un 6,7% ha realizado un Grado Superior.
- Ninguna persona del grupo de riesgo cursó máster o doctorado.

Las características sociodemográficas de ambos grupos se recogen en la Tabla 1. Los índices de fiabilidad de los instrumentos y la comprobación

de los supuestos estadísticos se recogen en la Tabla 2. Las diferencias entre grupos en las variables medidas se presentan en la Tabla 3 y las diferencias en función del sexo, en la Tabla 4.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los grupos de riesgo y control

Característica	Grupo de riesgo (n = 15)	Grupo control (n = 37)	Contraste
Edad, M ± DT	21.93 ± 2.09	23.65 ± 3.44	U = 182.0; p = .052
Mujeres, n (%)	12 (80.0)	28 (75.7)	p = 1.000
Hombres, n (%)	3 (20.0)	9 (24.3)	
Estudios universitarios o superiores, n (%)	10 (66.7)	29 (78.4)	$\chi^2(5) = 4.78$; p = .443
EAT-26, M ± DT	35.87 ± 12.61	6.05 ± 5.88	Criterio de agrupación

Nota. Grupo de riesgo = puntuación ≥ 20 en el EAT-26; grupo control = puntuación < 20 . La edad se comparó mediante la prueba U de Mann-Whitney, al no distribuirse normalmente en el grupo control; la distribución por sexo, mediante la prueba exacta de Fisher (bilateral), al ser una de las frecuencias esperadas inferior a 5 —el resultado equivalente con chi-cuadrado fue $\chi^2(1, N = 52) = 0.11$; p = .737; V de Cramer = 0.05—; y el nivel de estudios, mediante chi-cuadrado sobre la distribución completa de las seis categorías. Ambos grupos resultaron, por tanto, comparables en sexo, nivel de estudios y edad. La edad de los participantes osciló entre 18 y 40 años.

Tabla 2.*Fiabilidad de los instrumentos y comprobación de supuestos*

Escala	k	α	Shapiro-Wilk (riesgo)	Shapiro-Wilk (control)	Levene F(1, 50)
EAT-26	26	.94	—	—	—
AF-5 total	30	.86	W = 0.98, p = .930	W = 0.98, p = .691	F = 2.14, p = .150
Académico	6	.75	W = 0.93, p = .253	W = 0.94, p = .055	F = 1.01, p = .319
Social	6	.81	W = 0.94, p = .408	W = 0.98, p = .639	F = 0.51, p = .479
Emocional	6	.87	W = 0.93, p = .241	W = 0.98, p = .863	F = 0.37, p = .546
Familiar	6	.87	W = 0.92, p = .208	W = 0.89, p = .002	F = 0.41, p = .524
Físico	6	.80	W = 0.95, p = .467	W = 0.96, p = .150	F = 0.12, p = .727
RSES (autoestima)	10	.88	—	—	—
MPS total	35	.90	—	—	—
Preocupación por los errores	9	.84	W = 0.97, p = .871	W = 0.96, p = .189	F = 0.49, p = .487
Altas expectativas personales	7	.67	W = 0.95, p = .549	W = 0.96, p = .234	F = 0.32, p = .573
Dudas sobre las acciones	4	.53	W = 0.92, p = .188	W = 0.96, p = .272	F = 0.51, p = .478
Expectativas parentales	5	.68	W = 0.91, p = .154	W = 0.94, p = .040	F = 0.19, p = .662
Crítica parental	6	.81	W = 0.86, p = .025	W = 0.97, p = .452	F = 0.69, p = .409

Nota. k = número de ítems; α = alfa de Cronbach en la presente muestra (N = 52). Las pruebas de Shapiro-Wilk y de Levene se aplicaron únicamente a las variables sometidas a contraste de medias entre grupos; el EAT-26 se empleó como criterio de clasificación y la autoestima se analizó de forma categórica, por lo que no procede su comprobación. La normalidad se cumplió en la mayoría de las variables, con la excepción del autoconcepto familiar y las expectativas parentales en el grupo control y de la crítica parental en el grupo de riesgo; en esos casos los contrastes se replicaron con la prueba U de Mann-Whitney, con resultados coincidentes. Las varianzas resultaron homogéneas en todos los casos.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos y comparación entre los grupos de riesgo y control

Dimensión y prueba	Grupo de riesgo (M ± DT)	Grupo control (M ± DT)	Prueba estadística	Tamaño del efecto	Interpretación
Autoconcepto académico	7.12 ± 1.44	7.47 ± 1.16	t(21.791) = -0.824	d = 0.276	Pequeño (n. s.)
Autoconcepto social	5.77 ± 1.87	6.81 ± 1.66	t(23.433) = -1.875	d = 0.604	Moderado (n. s.)
Autoconcepto emocional	2.84 ± 1.82	4.03 ± 1.67	t(24.146) = -2.174*	d = 0.690	Moderado
Autoconcepto familiar	6.54 ± 2.25	7.44 ± 2.09	t(24.359) = -1.333	d = 0.421	Pequeño-moderado (n. s.)
Autoconcepto físico	5.26 ± 1.71	6.36 ± 1.82	t(27.494) = -2.049	d = 0.611	Moderado (n. s.)
Autoconcepto total (AF-5)	5.50 ± 0.73	6.41 ± 1.06	t(37.820) = -3.574*	d = 0.934	Elevado
Autoestima (Rosenberg)	—	—	$\chi^2(2, N = 52) = 5.69$	V = 0.331	Moderado (n. s.)
Preocupación por los errores	27.60 ± 5.19	21.46 ± 5.68	t(28.304) = 3.757*	d = 1.106	Elevado
Altas expectativas personales	21.87 ± 3.29	20.22 ± 3.47	t(27.262) = 1.613	d = 0.483	Pequeño-moderado (n. s.)
Dudas sobre las acciones	12.87 ± 2.59	11.32 ± 2.33	t(23.754) = 2.002	d = 0.641	Moderado (n. s.)
Expectativas parentales	14.20 ± 3.73	12.57 ± 3.39	t(23.908) = 1.468	d = 0.468	Pequeño-moderado (n. s.)
Crítica parental	16.60 ± 4.64	14.84 ± 4.30	t(24.284) = 1.267	d = 0.401	Pequeño-moderado (n. s.)

Nota. Grupo de riesgo (puntuación ≥ 20 en el EAT-26): n = 15; grupo control: n = 37. M = media; DT = desviación típica; d = d de Cohen; V = V de Cramer. En autoestima se aplicó la prueba de chi-cuadrado (variable categórica) y en el resto la prueba t de Student para muestras independientes con corrección de Welch. n. s. = diferencia no significativa.

* p < .05.

Por último, en relación con el sexo, se compararon las puntuaciones de mujeres (n = 40) y hombres (n = 12) en todas las variables estudiadas (Tabla 4). Se hallaron dos diferencias estadísticamente significativas: las mujeres presentaron un autoconcepto emocional sustancialmente más bajo que los hombres (M = 3.23, DT = 1.72 frente a M = 5.22, DT = 0.93; t[35.014] = -5.210; p < .001; d = 1.257) y puntuaron más alto en dudas sobre las acciones (M = 12.32, DT = 2.29 frente a M = 9.92, DT = 2.27; t[18.240] =

3.211; $p = .005$; $d = 1.053$). En el resto de dimensiones del autoconcepto y del perfeccionismo no se observaron diferencias significativas entre ambos sexos.

Tabla 4.

Comparación de las variables estudiadas en función del sexo

Variable	Mujeres (n = 40)	Hombres (n = 12)	Prueba estadística	Tamaño del efecto	p
Autoconcepto académico	7.40 ± 1.18	7.27 ± 1.48	t(15.494) = 0.272	d = 0.101	.789
Autoconcepto social	6.31 ± 1.79	7.15 ± 1.56	t(20.528) = -1.572	d = 0.480	.131
Autoconcepto emocional	3.23 ± 1.72	5.22 ± 0.93	t(35.014) = -5.210	d = 1.257	< .001
Autoconcepto familiar	7.24 ± 1.95	6.98 ± 2.82	t(14.304) = 0.298	d = 0.119	.770
Autoconcepto físico	5.92 ± 1.95	6.45 ± 1.41	t(24.906) = -1.037	d = 0.287	.310
Autoconcepto total (AF-5)	6.01 ± 1.08	6.61 ± 0.89	t(21.617) = -1.958	d = 0.581	.063
Preocupación por los errores	23.27 ± 6.30	23.08 ± 5.98	t(18.973) = 0.096	d = 0.031	.924
Altas expectativas personales	20.93 ± 3.47	19.92 ± 3.50	t(17.980) = 0.877	d = 0.290	.392
Dudas sobre las acciones	12.32 ± 2.29	9.92 ± 2.27	t(18.240) = 3.211	d = 1.053	.005
Expectativas parentales	12.93 ± 3.46	13.42 ± 3.90	t(16.560) = -0.393	d = 0.138	.699
Crítica parental	15.35 ± 4.23	15.33 ± 5.23	t(15.584) = 0.010	d = 0.004	.992

Nota. Los valores expresan media ± desviación típica. Se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes con corrección de Welch; *d* = *d* de Cohen. Dado el reducido y desigual número de hombres ($n = 12$), estos contrastes tienen escasa potencia y sus resultados deben interpretarse con cautela.

Autoconcepto

La escala de *AF-5* mide cinco dimensiones del autoconcepto: académico, social, emocional, familiar y físico. Se midió con una prueba *t* de Student para muestras independientes y se analizó la puntuación del autoconcepto total. Además de ello, se llevó a cabo el estadístico de *t* de Student de muestras

independientes para analizar la relación entre la pertenencia al grupo de riesgo y el nivel de autoconcepto emocional. Los resultados mostraron una diferencia significativa, $t(24,146)=-2,174$, $p<0,05$, $d=0,690$ lo que refleja un bajo autoconcepto emocional con efecto moderado-elevado en el grupo de riesgo ($M = 2,84$; $DT = 1,818$) en comparación con el grupo control ($M = 4,03$; $DT = 1,673$).

En la puntuación directa total, se realizó otra prueba *t de Student* para muestras independientes con el fin de evaluar si la puntuación total del cuestionario *AF-5* difiere entre los grupos de riesgo y control. Los resultados mostraron una diferencia significativa, $t(37,820)=-3,574$; $p<0,05$; $d=0,934$, lo que refleja un bajo autoconcepto total con un gran efecto en el grupo de riesgo ($M = 5,50$; $DT = 0,727$), en comparación con el grupo control ($M = 6,41$; $DT = 1,065$), mostrando a nivel estadístico que las personas del grupo de riesgo tienden a tener un autoconcepto total más bajo. Por otro lado, las dimensiones académica ($t[21.791] = -0.824$; $p = .419$; $d = 0.276$), social ($t[23.433] = -1.875$; $p = .073$; $d = 0.604$), familiar ($t[24.359] = -1.333$; $p = .195$; $d = 0.421$) y física ($t[27.494] = -2.049$; $p = .050$; $d = 0.611$) no mostraron diferencias estadísticamente significativas, si bien todas ellas apuntaron en la misma dirección, con puntuaciones inferiores en el grupo de riesgo. El detalle de las cinco dimensiones se presenta en la Tabla 3.

Autoestima

El cuestionario de *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)* mide el grado de autoestima en tres categorías: baja, media o alta. En los resultados del grupo de riesgo, el 46,7% presenta una autoestima baja, el 40,0% una autoestima media y el 13,3% una autoestima alta. En contraste, en el grupo control, el 16,2% presenta una autoestima baja, el 51,4% una autoestima media y el 32,4% una autoestima alta.

Se utilizó la prueba de *Chi-cuadrado* para comparar la autoestima entre los dos grupos y no se alcanzó una asociación estadísticamente significativa entre la pertenencia al grupo de riesgo y el grado de autoestima: $\chi^2(2, N$

= 52) = 5.69; $p = 0.058$. El coeficiente *V de Cramer* fue de $V = 0,331$, un efecto moderado que no alcanzó la significación estadística, mientras que el grupo control mostró mayores frecuencias relativas en los niveles de autoestima alta y media.

Perfeccionismo

En el cuestionario de perfeccionismo (*Escala Multidimensional de Perfeccionismo* de Frost), se analizaron cinco dimensiones del mismo mediante la prueba *t de Student* para muestras independientes: preocupación por los errores, altas expectativas personales, dudas sobre las acciones, expectativas parentales y crítica parental. En las puntuaciones de preocupación por los errores, los resultados mostraron una diferencia significativa entre los grupos de riesgo y control, $t(28,304) = 3,757$; $p < 0,001$; $d = 1,106$, lo que refleja una mayor preocupación por cometer errores, con un efecto elevado, en el grupo de riesgo ($M = 27,60$; $DT = 5,193$) frente al grupo control ($M = 21,46$; $DT = 5,684$). Esta fue la única dimensión del perfeccionismo en la que se alcanzó la significación estadística.

En las cuatro dimensiones restantes las diferencias apuntaron en la misma dirección, con puntuaciones más altas en el grupo de riesgo, pero no resultaron estadísticamente significativas: altas expectativas personales ($M = 21,87$; $DT = 3,292$ frente a $M = 20,22$; $DT = 3,465$; $t[27,262] = 1,613$; $p = 0,118$; $d = 0,483$), dudas sobre las acciones ($M = 12,87$; $DT = 2,588$ frente a $M = 11,32$; $DT = 2,334$; $t[23,754] = 2,002$; $p = 0,057$; $d = 0,641$), expectativas parentales ($M = 14,20$; $DT = 3,726$ frente a $M = 12,57$; $DT = 3,387$; $t[23,908] = 1,468$; $p = 0,155$; $d = 0,468$) y crítica parental ($M = 16,60$; $DT = 4,641$ frente a $M = 14,84$; $DT = 4,298$; $t[24,284] = 1,267$; $p = 0,217$; $d = 0,401$). Los tamaños del efecto, de magnitud pequeña a moderada, junto con la potencia limitada del diseño, aconsejan interpretar estas diferencias como tendencias pendientes de confirmación en muestras de mayor tamaño.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten dar respuesta a los objetivos planteados. En relación con el primer objetivo, referido a la autoestima, el grupo de riesgo presentó una mayor proporción de autoestima baja, si bien la asociación no alcanzó la significación estadística ($p = .058$). Respecto al segundo objetivo, relativo al perfeccionismo, solo la preocupación por los errores resultó significativamente más elevada en el grupo de riesgo; las cuatro dimensiones restantes apuntaron en la misma dirección sin alcanzar la significación. En cuanto al tercer objetivo, sobre el autoconcepto, se hallaron diferencias significativas en el autoconcepto emocional y en la puntuación total, pero no en las dimensiones académica, social, familiar y física. Por último, en lo relativo al cuarto objetivo, ambos grupos resultaron comparables en su composición por sexo (Tabla 1), lo que permite descartar esta variable como explicación alternativa de las diferencias halladas entre grupos; el análisis por sexo, no obstante, mostró diferencias en el autoconcepto emocional y en las dudas sobre las acciones (Tabla 4).

En resumen, las personas del grupo de riesgo presentan un autoconcepto emocional y un autoconcepto total más bajo en comparación con el grupo control. Este resultado coincide con los estudios planteados por Rojas (2017), señalando que el autoconcepto se forma tanto a partir de la autopercepción como de la imagen reflejada por los demás. En este sentido, una percepción negativa de sí mismo es un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de un TCA. Además, el bajo autoconcepto, junto con una baja capacidad de regulación emocional y su expresión puede conducir a una relación disfuncional con la alimentación, constituyendo un factor de riesgo (Ruiz-Lázaro et al. 2022). Según el estudio de Mitchison et al. (2014), los trastornos de la alimentación afectan en mayor medida a mujeres adolescentes y en adultez temprana, entre 12 y 25 años, que sufren anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Este resultado coincide con los nuestros, ya que el 84,21% de las personas del grupo de riesgo son mujeres y el 15,79% son hombres. Sin embargo, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra total de la investigación es menor en hombres que en mujeres, no había diferencias significativas en la variable género.

Diversos mecanismos psicológicos permiten explicar por qué el autoconcepto es menor en las personas con sintomatología compatible con un TCA. Entre ellos destacan la distorsión de la imagen corporal, que deteriora la valoración del yo físico; la internalización del ideal estético de delgadez transmitido por el entorno sociocultural y las redes sociales, que amplía la distancia entre el yo real y el yo ideal; y una elevada autocrítica interna, que sesga la autoevaluación hacia el error y la insuficiencia (Bardone-Cone et al., 2007; Ruiz-Lázaro et al., 2022). Estos hallazgos resultan coherentes con investigaciones previas que vinculan el bajo autoconcepto y la insatisfacción corporal con el desarrollo y el mantenimiento de los TCA.

El análisis en función del sexo introduce un matiz de interés. Las mujeres de la muestra presentaron un autoconcepto emocional marcadamente inferior al de los hombres y mayores dudas sobre sus propias acciones, en ambos casos con tamaños del efecto grandes. Dado que la dimensión emocional del AF-5 recoge la percepción del propio estado afectivo y del control de las situaciones, y que las dudas sobre las acciones constituyen el componente más autocrítico del perfeccionismo, ambos resultados apuntan a una mayor vulnerabilidad autoevaluativa en las mujeres de esta muestra. Conviene subrayar, sin embargo, que ambos grupos eran comparables en su composición por sexo, de modo que estas diferencias no explican las observadas entre el grupo de riesgo y el grupo control. El escaso número de hombres ($n = 12$) obliga además a considerar estos hallazgos como exploratorios y a contrastarlos en muestras más equilibradas.

En cuanto a la autoestima, el grupo de riesgo concentró una proporción bastante mayor de autoestima baja (46,7% frente a 16,2%), si bien la asociación quedó en el límite de la significación estadística ($p = 0,058$), coincidiendo con Vargas Baldares (2013), autor que describe la baja autoestima como un factor de riesgo de sufrir dicha enfermedad psicosomática. Branden (1994) en su libro *The six pillars of self-esteem* destaca la influencia de la baja autoestima en la aparición de trastornos psicológicos, entre ellos los TCA. La baja autoestima no solo contribuye al desarrollo del TCA, sino que también dificulta la recuperación al mantener patrones de autocrítica negativa. En este sentido, el metaanálisis

de estudios longitudinales de Krauss et al. (2023) confirma que la baja autoestima predice el desarrollo posterior de sintomatología alimentaria, lo que refuerza su consideración tanto como factor de vulnerabilidad cuanto como diana preferente de intervención.

Por último, en cuanto al perfeccionismo, el resultado más consistente fue la mayor preocupación por cometer errores en las personas del grupo de riesgo, única dimensión que alcanzó la significación estadística y que lo hizo con un tamaño del efecto elevado. Las restantes dimensiones, altas expectativas personales, dudas sobre las acciones y percepción de expectativas y crítica parentales, mostraron puntuaciones más altas, pero sin diferencias estadísticamente significativas, frente al grupo control. Además, se destaca la mayor diferencia entre las anteriores, en el aspecto de la percepción de la crítica parental, lo que indica una mayor preocupación sobre estas figuras.

Estos resultados concuerdan con la evidencia previa sobre la relación entre perfeccionismo y patología alimentaria. El perfil obtenido —con la preocupación por los errores como elemento diferencial y una tendencia no significativa en el resto de dimensiones— resulta coherente con el perfeccionismo desadaptativo o neurótico descrito en la literatura (Frost et al., 1990; L. De Rosa et al., 2012). En esta línea, la revisión de Bardone-Cone et al. (2007) sitúa el perfeccionismo como factor de riesgo, de mantenimiento y de peor pronóstico en la recuperación de los TCA, y Scappatura et al. (2011) señalan que es su dimensión desadaptativa la que se asocia de manera más consistente con la sintomatología alimentaria. Asimismo, Shafran y Mansell (2001) documentan la vinculación de este rasgo con los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la alimentación. El peso de las dimensiones parentales observado en el presente estudio apunta, además, al papel del contexto familiar en la configuración de estándares elevados y de una autocrítica exigente.

Desde una perspectiva aplicada, estos hallazgos respaldan el diseño de programas de prevención e intervención temprana que incorporen el fortalecimiento del autoconcepto y de la autoestima, el trabajo sobre la

imagen corporal y la reducción del perfeccionismo desadaptativo y de la autocrítica, especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, que constituyen el grupo de mayor riesgo (Mitchison et al., 2014; Ruiz-Lázaro et al., 2022).

No obstante, estos resultados deben interpretarse considerando ciertas limitaciones. El tamaño muestral fue reducido ($n = 52$), con grupos desiguales y un predominio de mujeres jóvenes con estudios universitarios, lo que limita la generalización de los hallazgos. El muestreo por conveniencia y de bola de nieve, junto con la identificación del grupo de riesgo mediante una prueba de cribado autoinformada (EAT-26; Garner et al., 1982) y no mediante un diagnóstico clínico estructurado, puede introducir sesgos de selección y de clasificación. Además, el diseño transversal impide establecer la dirección de las relaciones observadas. Asimismo, el análisis de sensibilidad muestra que el diseño solo alcanzaba una potencia de .80 para efectos grandes ($d \geq 0.87$), de modo que los efectos moderados se estimaron con potencia insuficiente y algunas diferencias reales de menor magnitud —como las de las dimensiones del autoconcepto que no resultaron significativas— podrían haber pasado inadvertidas. A ello se suma que la subescala de dudas sobre las acciones presentó una consistencia interna baja ($\alpha = .53$), por lo que los resultados relativos a esta dimensión deben tomarse con prudencia, y que el marcado desequilibrio entre sexos (40 mujeres frente a 12 hombres) limita el alcance de la comparación en función de esta variable. Futuras investigaciones deberían incluir muestras clínicas más amplias y equilibradas, incorporar análisis correlacionales y de regresión que cuantifiquen la fuerza de la asociación entre las variables y adoptar diseños longitudinales que permitan esclarecer el papel temporal del autoconcepto, la autoestima y el perfeccionismo en el inicio, el mantenimiento y la recuperación de los TCA.

Conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo comparar los niveles de autoconcepto, autoestima y perfeccionismo entre personas con y sin sintomatología compatible con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Tras la

investigación realizada a través diferentes pruebas, los resultados muestran que las personas con sintomatología compatible con un TCA presentan niveles significativamente más bajos de autoconcepto emocional y de autoconcepto total, así como una mayor preocupación por cometer errores. La menor autoestima y las restantes dimensiones del perfeccionismo apuntaron en la misma dirección, aunque sin alcanzar la significación estadística, lo que resulta coherente con la limitada potencia del diseño. Estas variables han sido señaladas por la literatura como posibles factores de vulnerabilidad asociados al desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos. No obstante, dado el carácter transversal y comparativo del diseño, estos resultados no permiten establecer relaciones de causalidad ni la dirección de los efectos: las variables estudiadas pueden operar tanto como factores de vulnerabilidad asociados al desarrollo y mantenimiento de los TCA como manifestaciones concomitantes de estos.

Por otro lado, sería conveniente adoptar una perspectiva de género ante la problemática mencionada, puesto que es más común en mujeres que en hombres. Este dato invita a la reflexión y apela a la concienciación social ante los efectos adversos que pueden acarrear los estereotipos y las exigencias atribuidas en nuestra sociedad.

En conclusión, esta investigación contribuye a una comprensión más profunda de los factores emocionales, cognitivos y sociales que influyen en los trastornos de conducta alimentaria y su evaluación. Dadas las condiciones o consecuencias que producen en las personas afectadas por los TCA, resulta relevante desarrollar diferentes estrategias de prevención y tratamiento de estas enfermedades psicosomáticas, evitando secuelas a largo plazo y mejorando su calidad de vida.

Referencias

- Amador Campos, J. A. (1995). *Autoestima: Cómo mejorar la propia imagen*. Colimbo.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.^a ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi>.

books.9780890425596

- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Barreto de Castro, N., de Oliveira Lopes, M. V., y Monteiro, A. R. (2020). Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
- Bosque-Garza, J. M., y Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(5), 398-409. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima: Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Paidós.
- Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem*. Bantam.
- Chemisquy, S. (2018). Revisión teórica sobre el perfil cognitivo del perfeccionismo desadaptativo. Apuntes Universitarios. *Revista de Investigación*, 8(1), 16-40. <https://www.redalyc.org/journal/4676/467655911002/html/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cramér, H. (1946). *Mathematical methods of statistics*. Princeton University Press.
- De Rosa, C., Rutzstein, G., Keegan, E. (2012). Autocrítica y vulnerabilidad emocional: su relación con la ansiedad, la depresión y el rendimiento personal. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 245-254. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021003>
- De Rosa, L., Dalla Valle, A., Rutzstein, G., y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y Autocrítica: Consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 209-215. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021003>

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- García, F., y Musitu, G. (2023). AF5. *Autoconcepto Forma5* (5.^a ed.). Hogrefe TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1999).
- García Perera, M. P., Irigaray Sierra, C. T., Baila Guallarte, M., Baila Guallarte, C. J., Lordan Ibarz, M. G., y Villacampa Boix, D. (2025). Anorexia: el vacío invisible que define una vida. *Ocronos*, 8(2), 804. <https://revistamedica.com/anorexia-informacion-analisis/>
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). *Eating Attitudes Test–26 (EAT26)* [Database record]. PsycTESTS. <https://doi.org/10.1037/t19098-000>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International BMC Public Health*, 2(2), 15–34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)
- Krauss, S., Dapp, L. C., y Orth, U. (2023). The Link Between Low Self-Esteem and Eating Disorders: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Clinical Psychological Science*, 11(6), 1-50. <https://doi.org/10.1177/21677026221144255>
- López Cano, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., y Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *Journal of Eating Disorder*, 14, 943. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-943>
- Páramo Morales, D. (2021). Autoconcepto y comportamiento. *Pensamiento & Gestión*, (51), 7-14. <https://www.redalyc.org/journal/646/64673386001/>
- Pearson, K. (1900). X. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is

- such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *The London, Edinburgh, and Dublin Philosophical Magazine and Journal of Science*, 50(302), 157–175. <https://doi.org/10.1080/14786440009463897>
- Pelegrín Hernando, E. (2020). Revisión bibliográfica sobre la anorexia nerviosa. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, XV(14). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revision-bibliografica-sobre-la-anorexia-nerviosa/>
- Perales Garza, C. Y. (2021). Aportaciones sobre el autoconcepto y autoestima. Nunca es tarde para aceptarse. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(4), 1-11. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2823>
- Rojas, M. J. (2017). *Autoconcepto y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una institución educativa pública de Piura* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.
- Rosenberg, M. (1965a). Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) [Database record]. *PsycTESTS*. <https://doi.org/10.1037/t01038-000>
- Rosenberg, M. (1965b). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Imaz-Roncero, C., y Pérez-Hornero, J. (2022). Autoestima, imagen personal y acoso escolar en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(Spe 2). <https://doi.org/10.20960/nh.04177>
- 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, 81–88. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947009>
- Shafran, R., y Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879–906. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)
- Student. (1908). The probable error of a mean. *Biometrika*, 6(1), 1-25. <https://doi.org/10.1093/biomet/6.1.1>
- Vargas Baldares, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria.

Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 70(607), 475-482.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>

Walsh, T., y Attia, E. (2019). *Bulimia nerviosa - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales. MSD Manuals*.
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-alimentaci%C3%B3n-y-de-la-ingesta-de-alimentos/bulimia-nerviosa>

