

## **RELACIÓN ENTRE SUBTIPOS DE SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO COMPULSIVA Y DE PERFECCIONISMO EN ADOLESCENTES**

Tíscar Rodríguez-Jiménez, Lorena Blasco y José A. Piqueras  
*Universidad Miguel Hernández de Elche (España)*

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue analizar las relaciones entre los tipos de sintomatología obsesivo compulsiva y las dimensiones de perfeccionismo (auto o socialmente orientado) en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 326 adolescentes entre 12 y 18 años, de los cuales 180 fueron hombres y 146 mujeres. En general, los adolescentes con más sintomatología obsesivo compulsiva, independientemente del subtipo, presentaron mayores niveles de perfeccionismo. Los subtipos de comprobación, obsesión y orden fueron los que más se asociaron con ambas dimensiones de perfeccionismo, haciéndolo el orden en mayor grado con el perfeccionismo autorientado. De igual modo, ser mujer se mostró una variable predictora significativa para la presencia de sintomatología obsesivo compulsiva en general y en todos los subtipos excepto en neutralización. Sugerimos que los diferentes grados de asociación entre dimensiones de sintomatología obsesivo compulsiva y de perfeccionismo y las diferencias de sexo en adolescentes pueden resultar de interés para diseñar programas de intervención más eficaces.

**PALABRAS CLAVE:** *sintomatología obsesivo compulsiva, perfeccionismo, sexo, adolescentes.*

### **Abstract**

The objective of this study was to analyze the relationships between types of obsessive-compulsive symptomatology and dimensions of perfectionism (self-oriented or socially prescribed) in adolescents. The sample consisted of 326 adolescents (12-18 years old), 180 boys and 146 girls. Overall, adolescents with more obsessive-compulsive symptoms had higher levels of perfectionism. Checking, obsession and order subtypes were the most associated dimensions with both dimensions of perfectionism, order showing a higher relationship with self-oriented perfectionism. Similarly, female gender was a significant predictor for the presence of obsessive-compulsive symptoms in general and in all subtypes, except neutralization. We suggest that the different degrees of association between dimensions of obsessive-compulsive symptomatology and perfectionism, and gender differences in adolescents can be of interest to design more effective intervention programs.

**KEY WORDS:** *obsessive-compulsive symptomatology, perfectionism, gender, adolescents.*

## Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se enmarca en un nuevo capítulo de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [DSM-5]; *American Psychiatric Association* [APA], 2013), denominado trastornos obsesivos compulsivos y relacionados. El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes que producen malestar intenso e interfieren en el funcionamiento de la vida diaria de quien las padece (APA, 2013). Según estudios epidemiológicos, este trastorno se inicia con frecuencia durante la adolescencia (Farrell, Barret y Piacentini, 2006; Sánchez-Meca, Gómez y Méndez, 2003; Vargas, Palacios, González y de la Peña, 2008). En población infantil y adolescente las cifras de prevalencia pueden llegar hasta un 3% para el TOC clínico y hasta un 19% para el TOC subclínico (Keeley y Storch, 2008; Valleni-Basile *et al.*, 1994).

El término de TOC subclínico, introducido por Lenane *et al.* (1990), se refiere a las obsesiones y/o compulsiones que no son suficientemente graves como para cumplir los criterios diagnósticos completos, pero que no por ello dejan de presentar sintomatología obsesiva y compulsiva significativa (Toro, 2001).

Existe cierto consenso respecto a la existencia de diferentes dimensiones o subtipos del TOC tanto clínico como subclínico en población adulta y en niños y adolescentes (García-Soriano, Belloch y Morillo, 2008; Rivas, Planas y Gavino, 2009). Estas dimensiones (grupos de síntomas) suelen oscilar entre 4 y 6 en la mayoría de estudios (García-Soriano *et al.*, 2008). Seguiremos aquí la clasificación propuesta por el grupo de Foa (Foa *et al.*, 2002; Foa *et al.*, 2010; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles y Amir, 1998). Los análisis factoriales realizados por estos autores han indicado seis factores o escalas de síntomas: duda/comprobación, obsesión, acumulación, lavado, orden y neutralización mental. Así, siguiendo a Foa *et al.* (1998), se entiende por comprobación cuando una persona inspecciona o comprueba de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe. También se incluye en este factor las dudas sobre algunos comportamientos bien realizados. El subtipo de obsesiones se refiere a pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que invaden la conciencia de la persona, independientemente de su voluntad. Esas ideas son experimentadas como desagradables o repugnantes, aunque se intenten ignorar, no se puede. En cuanto al subtipo de acumulación, éste se caracteriza porque la persona duda a la hora de tirar objetos de todo tipo, acumulando gran cantidad de ellos. El subtipo de lavado se distingue por la sensación de sentirse contaminado, infectado o sucio. El paciente responde a esta sensación lavándose compulsivamente. Por otro lado, el subtipo orden se caracteriza por tener la "manía" de tenerlo todo ordenado, por lo que la persona pasa horas y horas cambiando las cosas de lugar o revisando que todo esté en el sitio correcto. Por último, el subtipo de neutralización consiste en la realización de actos mentales para "neutralizar", prevenir o evitar la ocurrencia de consecuencias negativas, tales como repetirse frases, contar una serie de números repetidas veces, etc. Estos autores defienden que los subtipos no son mutuamente excluyentes, ya que un paciente puede tener síntomas de varios tipos. A la hora de establecer las diferentes modalidades o subtipos de TOC, los autores atienden a

tendencias generales o cuestiones de grado, por lo que postulan un modelo inequívocamente dimensional, más que categorial excluyente en el que primen la presencia versus la ausencia total de estímulos disparadores y de anticipación de consecuencias catastróficas. Esto implica la aplicabilidad de este modelo dimensional tanto a población clínica como comunitaria de cualquier edad (García-Soriano *et al.*, 2008). Todos estos aspectos permiten comparar dicha heterogeneidad del TOC en muestras clínicas y no clínicas de niños, adolescentes y adultos y en diferentes culturas. Para ello se desarrolló y posteriormente se procedió a la traducción y validación a múltiples idiomas del "Inventario de obsesiones y compulsiones" (*Obsessive-Compulsive Inventory*, OCI; Foa *et al.*, 1998), su versión abreviada y revisada, el "Inventario de obsesiones y compulsiones revisado" (*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*, OCI-R; Foa *et al.*, 2002) y la "Versión para niños del inventario de obsesiones y compulsiones" (*Child Version of the Obsessive-Compulsive Inventory*, OCI-CV; Foa *et al.*, 2010). Por ejemplo, en adolescentes españoles, dos estudios (Martínez-González, Piqueras y Marzo, 2011; Piqueras *et al.*, 2009) han hallado que estas seis dimensiones de sintomatología TOC en adultos se replican en población comunitaria española adolescente.

Un rasgo común que destaca en el TOC y en la sintomatología obsesivo compulsiva es el perfeccionismo, tanto en población clínica adulta como de niños y adolescentes (Wu y Cortesi, 2009; Ye, Rice y Storch, 2008). Se define como una característica de la personalidad o creencia disfuncional que implica una tendencia a poner excesivo énfasis en la precisión y la organización, preocupación excesiva por los errores siendo incapaz de tolerarlos, dudas sobre la calidad de los logros personales y autoevaluación crítica si las normas no son alcanzadas (Castro-Fornieles *et al.*, 2007). Esta variable también se ha asociado a diversos trastornos mentales, tales como los de la conducta alimentaria, ansiedad y depresión (Egan, Wade y Shafran, 2011). En consecuencia, aunque diferentes trabajos ponen de manifiesto que el perfeccionismo no es exclusivo del TOC (p. ej., Egan *et al.*, 2011), su relación con este trastorno ha sido ampliamente respaldada. Al igual que ocurre en el TOC, existen diferentes propuestas que pretenden comprender la multidimensionalidad del perfeccionismo. Seguiremos aquí la propuesta de Hewitt y Flett (1991), que diferencian un perfeccionismo orientado hacia uno mismo, que se define como tener normas exigentes para uno mismo, evaluar la propia conducta severamente y luchar para lograr la perfección y evitar el fracaso, y un perfeccionismo socialmente orientado, que se refiere a creer que los demás tienen normas excesivamente elevadas respecto a uno, que será evaluado rigurosamente y que ejercerán presión para que sea perfecto. Siguiendo la excelente revisión de Cook y Kearney (2009), el perfeccionismo autorientado se ha relacionado en adultos con depresión, ansiedad y trastornos de la conducta, así como también con aspectos saludables, tales como altas expectativas para el éxito, habilidades organizacionales bien desarrolladas y una fuerte motivación para el éxito. En niños y adolescentes se ha asociado con insatisfacción con el cuerpo, anorexia y bulimia, al mismo tiempo que con mayor esfuerzo académico, motivación intrínseca y fuerte deseo para alcanzar metas académicas (Cook y Kearney, 2009). Por su parte, el perfeccionismo socialmente orientado en adultos se ha asociado al miedo a la evaluación negativa, a mostrar ansiedad social y desesperanza, mayor deseo

de atención positiva por parte de los demás, tendencia a posponer las tareas, a sentirse demasiado conscientes de sí mismos en público y a la personalidad de tipo A. Además en adultos, se ha hallado un riesgo para padecer trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y otras áreas de desajuste. En niños y adolescentes, se ha asociado a aspectos positivos tales como mayor esfuerzo en la escuela, pero también con aspectos negativos como depresión, suicidabilidad, ansiedad, baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal y actitudes disfuncionales en la alimentación. Aunque son resultados contradictorios, algunos estudios (Hewitt, Flett, Besser, Sherry y McGee, 2003; Lozano, García-Cueto, Martín y Lozano, 2012; Nobel, 2007) concluyen que es el perfeccionismo socialmente prescrito el que se asocia más ampliamente que el orientado hacia sí mismo con las dificultades psicológicas (ansiedad, depresión, ira, estrés social, etc.).

Otros trabajos, empleando otras clasificaciones de la dimensionalidad del perfeccionismo, han explorado la relación entre los diferentes tipos de perfeccionismo y la sintomatología TOC (Ashby y Bruner, 2005; Sassaroli *et al.*, 2008; Suzuki, 2005; Ye *et al.*, 2008). En general, coinciden al señalar que es la preocupación por cometer errores y el perfeccionismo desadaptativo frente a la tendencia a mantener altos estándares o perfeccionismo adaptativo la que más se relaciona con la sintomatología TOC.

Algunos trabajos recientes han tratado de profundizar en la relación entre el perfeccionismo, entre otros rasgos o creencias disfuncionales, y las distintas dimensiones del TOC (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012). Así, desde una perspectiva cognitivo conductual, Tolin, Woods y Abramowitz (2003) hallaron en una muestra comunitaria que el perfeccionismo se asociaba de forma moderada con las seis dimensiones del OCI-R, pero lo hacía en mayor medida con la dimensión de orden. Posteriormente, Tolin, Brady y Hannan (2008) replicaron este estudio en población clínica, hallando que las únicas dimensiones del TOC que eran predichas por el perfeccionismo eran acumulación, obsesiones y orden. Julien, O'Connor, Aardema y Todorov (2006) informaron de que el perfeccionismo predecía las puntuaciones en comprobación y precisión, pero no de lavado. Por su parte, Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann y Hale (2010) utilizaron un nuevo instrumento, la "Escala dimensional de obsesiones y compulsiones" (*Dimensional Obsessive Compulsive Scale*, DOCS), para evaluar las dimensiones sintomáticas del TOC y los subtipos de obsesiones y compulsiones, examinando sus relaciones con las creencias disfuncionales que subyacen a esos síntomas. Sus resultados revelaron que las creencias de perfeccionismo predecían los síntomas de simetría/orden fundamentalmente. Polman (2010) halló que el perfeccionismo se relacionaba con dimensiones tales como comprobación, rumiación y precisión.

También hay algunos hallazgos relativos a la asociación de los tipos de sintomatología obsesivo compulsiva con el sexo y la edad. Así, respecto a las diferencias de sexo y edad en sintomatología obsesivo compulsiva, en general parecen descartarse dichas diferencias, ya que los estudios con muestra clínica no encuentran diferencias en ninguna de las dimensiones (Foa *et al.*, 2010; Jones *et al.*, 2013), mientras que los estudios con muestra comunitaria si bien encuentran diferencias en algunas dimensiones, en todos los casos son de magnitud pequeña (Martínez *et al.*, 2011; Piqueras *et al.*, 2009). Por tanto, las diferencias de sexo y de

edad en el TOC son una cuestión todavía abierta al debate, pero que sí precisa ser tenida en cuenta a la hora de examinar relaciones de los subtipos del TOC con otras variables, como es el caso de este estudio.

Sin embargo, no existen suficientes estudios que hayan examinado la relación de las dimensiones de perfeccionismo autorientado frente a socialmente prescrito con cada una de las diferentes dimensiones de la sintomatología obsesivo compulsiva. En consecuencia, el objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación de las dimensiones de sintomatología obsesivo compulsiva con el perfeccionismo en una muestra comunitaria de adolescentes. Como un segundo objetivo, se pretendió analizar la asociación de cada subtipo de sintomatología TOC con las dimensiones de perfeccionismo, socialmente prescrito y autorientado, controlando el efecto del sexo, la edad y el nivel socioeconómico.

En consecuencia, se espera hallar, en primer lugar, que los adolescentes con mayores puntuaciones en sintomatología general TOC también presentarán mayores niveles de perfeccionismo general (Wu y Cortesi, 2009; Ye *et al.*, 2008). En segundo lugar, respecto a la asociación entre síntomas de TOC y tipos de perfeccionismo, esperamos hallar, en la línea de estudios previos (Julien *et al.*, 2006; Pena-Garijo y Ruipérez, 2012; Polman, 2010; Tolin *et al.*, 2008; Tolin *et al.*, 2003; Wheaton *et al.*, 2010), que el perfeccionismo se asociará con todas las dimensiones del TOC, pero lo hará en mayor medida con las dimensiones de orden, comprobación y obsesiones, en este orden. Por último, no se espera que exista asociación entre el sexo, la edad o el nivel socioeconómico con los síntomas obsesivo compulsivos y, por tanto, la relación de los subtipos de síntomas del TOC con los tipos de perfeccionismo no estará mediada por estas variables sociodemográficas.

## Método

### *Participantes*

La muestra total del estudio estuvo formada por 411 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato (entre 1º de la E.S.O. y 2º de Bachillerato) de la provincia de Alicante. Del total de la muestra 85 fueron excluidos por errores u omisiones en sus respuestas. La muestra definitiva estuvo compuesta por 326 estudiantes con un rango de edad de 12 a 18 años ( $M= 15,26$ ;  $DT= 1,80$ ), en el que 180 fueron chicos y 146 chicas. El grupo muestral fue de oportunidad o conveniencia, si bien las características sociodemográficas indicaron que era representativo a nivel socioeconómico, ya que un 46,9% de la muestra pertenecía al nivel socioeconómico medio, un 13,5 % a nivel bajo y un 39,6 % a alto, según la escala de nivel socioeconómico. El 87,5% (285) de la muestra había nacido en España, mientras que el resto de la muestra tenía diferentes nacionalidades: Europa Occidental (Alemania, Reino Unido y Suiza)= 1,8%; Europa Oriental (Georgia, Hungría, Rumania, Rusia y Ucrania)= 3,3%; Norte de África (Argelia y Marruecos)= 1,5%; Latinoamérica (Argentina, Colombia y Ecuador)= 5,5% y 0,3% de Asia (China).

La prueba chi cuadrado para comprobar la homogeneidad de la distribución de frecuencias indica que no hubo interdependencia entre el sexo y la edad, entre el sexo y la nacionalidad ni entre el sexo y el nivel socioeconómico ( $\chi^2= 8,75$ ;  $p= 0,19$ ;  $\chi^2= 19,50$ ;  $p= 0,24$ ;  $\chi^2= 3,63$ ;  $p= 0,16$ ; respectivamente), luego la distribución fue homogénea.

### *Instrumentos*

- “Inventario de obsesiones y compulsiones, versión para niños” (*Child version of the Obsessive-Compulsive Inventory*, OCI-CV; Foa et al., 2010). El OCI-CV consta de 21 ítems que miden sintomatología obsesivo compulsiva. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 3 puntos donde 0 es “Nunca”, 1 “A veces” y 2 “Siempre”. La estructura del OCI-CV la componen seis subescalas: lavado, comprobación, orden, acumulación, obsesiones y neutralización. La escala muestra buenas propiedades psicométricas en población de habla inglesa (Foa et al., 2010). Los datos preliminares en muestra comunitaria española indican que presenta unas buenas propiedades psicométricas (Rodríguez-Jiménez et al., 2013). En nuestro estudio las puntuaciones mostraron una consistencia interna adecuada para las subescalas y la puntuación total (0,63-0,81).
- “Escala de perfeccionismo en niños y adolescentes” (*Child and Adolescent Perfectionism Scale*, CAPS; Flett, Hewitt, Boucher, Davidson y Munro, 2000; versión española de Castro-Fornieles et al., 2004). El CAPS es un cuestionario de 22 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1 es “Falso o no me sucede nunca” y 5 “Muy cierto en mi caso”. El CAPS incluye dos subescalas: a) Perfeccionismo orientado hacia uno mismo (tener normas exigentes para uno mismo, evaluar la propia conducta severamente y luchar para lograr la perfección y evitar el fracaso) y b) Perfeccionismo socialmente orientado (creer que los demás tienen normas excesivamente elevadas respecto a uno, que se será evaluado rigurosamente y que ejercerán presión para que no sea perfecto). El estudio de Flett et al. (2000) mostró que las puntuaciones en las subescalas de perfeccionismo orientado hacia uno mismo y socialmente orientado tenían correlaciones test-retest de 0,74 y 0,66, respectivamente, y coeficientes alfa de 0,85 para la primera y 0,81 para la segunda (Flett et al., 2000). En nuestro estudio la puntuación total mostró un alfa de Cronbach total de 0,87. La consistencia interna de la subescala perfeccionismo orientado hacia uno mismo fue 0,80 y la de la subescala perfeccionismo socialmente orientado 0,84.
- Cuestionario sociodemográfico *ad hoc*. Consta de una serie de preguntas sobre edad, sexo, curso y país de nacimiento e incluye también la “Escala de poder adquisitivo familiar” (*Family Affluence Scale*, FAS; Currie, Elton, Todd y Platt, 1997). La escala FAS evalúa el poder adquisitivo de las familias; consta de 4 preguntas sobre la disponibilidad de habitación propia, la cantidad de coches y ordenadores que posee la familia y la realización de vacaciones familiares en los últimos 12 meses. La escala permite obtener una clasificación en tres niveles (nivel bajo, medio y alto) de riqueza o nivel socioeconómico.

### *Procedimiento*

Se llevó a cabo una entrevista con el director del centro participante para exponer los objetivos de la investigación, describir los instrumentos de evaluación, solicitar permiso y promover su colaboración. Se solicitó consentimiento informado por escrito de los padres autorizando a sus hijos a colaborar en la investigación. Cinco alumnos no participaron en el estudio por el no consentimiento de los padres.

Los participantes completaron el protocolo de evaluación formado por las cuatro pruebas en pequeños grupos en sus respectivas aulas de clase. Tras repartir los cuadernillos se leyeron en voz alta las instrucciones, subrayando la importancia de elegir la respuesta que consideraran más apropiada y el carácter anónimo y voluntario del estudio. Se les invitó a hacer cualquier pregunta sobre el protocolo.

La aplicación de las pruebas fue efectuada durante la hora de tutoría bajo la supervisión de un psicólogo/a. Para ello, se realizó un horario informativo para los profesores responsables de cada grupo, del día y hora del pase de pruebas. El tiempo medio de aplicación de la prueba fue de 30-35 minutos.

### *Análisis de datos*

Como técnicas de análisis estadístico se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, la regresión múltiple siguiendo el método paso a paso y la regresión jerárquica. En primer lugar, se realizaron análisis de correlación bivariada para determinar la asociación entre variables en la muestra total. Se estimó el tamaño de la correlación entre las variables siguiendo los criterios de Cohen (1988). Así, se considera un tamaño de la relación pequeño cuando ésta es menor o igual que 0,10, medio cuando está en torno a 0,30 y grande cuando es igual o mayor que 0,50 (Cohen, 1988; Lipsey y Wilson, 2001).

En segundo lugar, para establecer el valor predictivo de las variables consideradas en el estudio, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple, tomando como variables criterio cada una de las dimensiones del OCI-CV. En el primer bloque se introdujeron las variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel socioeconómico) y en el segundo las dimensiones de perfeccionismo. De este modo se puede examinar la contribución única de las dos dimensiones de perfeccionismo que se introducen posteriormente en la ecuación, así como establecer si se produce un incremento significativo en la varianza explicada del criterio, cada vez que se introduce un bloque de variables en la ecuación. Es decir, con este tipo de análisis se trató de establecer la contribución específica de las variables objeto del estudio (perfeccionismo), una vez controlado el efecto de las variables sociodemográficas.

Como paso previo a los diferentes análisis de regresión se analizaron las correlaciones entre todas las variables predictoras o independientes, con el fin de comprobar que dichas correlaciones bivariadas eran menores a 0,70 y poder así descartar la existencia de multicolinealidad (Tabachnick y Fidell, 1996).

## Resultados

### *Asociación entre sintomatología obsesivo compulsiva general y perfeccionismo*

Los resultados del análisis de correlación indicaron que todas las dimensiones de perfeccionismo correlacionaron positivamente con la sintomatología obsesivo compulsiva general (puntuación total en el OCI-CV) ( $p < 0,01$ ) (tabla 1). Las magnitudes fueron medianas para la asociación de la sintomatología general de TOC con la puntuación total del CAPS y las subescalas.

**Tabla 1**

Correlaciones de Pearson entre la sintomatología general del trastorno obsesivo compulsivo y sus dimensiones y la puntuación total y las dimensiones de perfeccionismo

Subescalas del CAPS	Puntuaciones del OCI-CV						
	Total	Comprobación/ Duda	Obsesiones	Acumulación	Lavado	Orden	Neutralización
Perfeccionismo autorientado	0,37**	0,29**	0,27**	0,05	0,28**	0,33**	0,19**
Perfeccionismo socialmente orientado	0,39**	0,34**	0,29**	0,13*	0,20**	0,26**	0,33**
Total	0,45**	0,37**	0,33**	0,10	0,28**	0,35**	0,30**

Notas: CAPS= "Child and Adolescent Perfectionism Scale"; OCI-CV= "Child version of the Obsessive-Compulsive Inventory". \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

En la tabla 2 aparecen los resultados referentes a los análisis de regresión múltiple de tipo jerárquico donde han sido introducidas las variables tomando como criterio la puntuación total en el OCI-CV. En primer lugar, la contribución del bloque de variables sociodemográficas fue significativo ( $p = 0,003$ ). Con la inclusión del segundo bloque de variables relativas a las dimensiones de perfeccionismo del CAPS, se produjo un aumento significativo de la varianza explicada ( $p = 0,001$ ).

En suma, los resultados del análisis de regresión jerárquica ponen de manifiesto que la sintomatología obsesivo compulsiva general es predicha por ambos tipos de perfeccionismo, relacionándose con la sintomatología en el mismo grado. Además, el hecho de que el sexo y el nivel socioeconómico se mantengan como variables predictoras en el segundo paso indica un posible efecto causal de estas variables sobre el perfeccionismo. Más concretamente, El modelo de regresión múltiple efectuado indicó que únicamente cuatro variables se mantuvieron en el modelo predictivo, explicando un total de un 25% de la varianza de la sintomatología TOC general (tabla 2). Concretamente la variable sexo indica que esta sintomatología es más frecuente en mujeres, mientras que la variable nivel socioeconómico muestra que esta sintomatología se relaciona inversamente con el nivel socioeconómico, es decir, a menor nivel socioeconómico mayor sintomatología.

**Tabla 2**

Resumen del análisis de regresión de tipo jerárquico para las variables predictoras de la puntuación total del OCI-CV

Variabes	F	B	SEB	$\beta$
Bloque 1	4,86*			
Sexo		2,13	0,65	0,18**
Edad		0,19	0,18	0,06
Escala de poder adquisitivo (FAS)		-0,26	0,24	-0,06
Bloque 2	20,87**			
Sexo		2,02	0,58	0,17**
Edad		-0,03	0,16	-0,01
Escala de poder adquisitivo (FAS)		-0,52	0,22	-0,12*
CAPS-Perfeccionismo autorientado		0,19	0,04	0,27**
CAPS-Perfeccionismo socialmente orientado		0,19	0,04	0,26**

Notas: CAPS= "Child and Adolescent Perfectionism Scale"; OCI-CV= "Child version of the Obsessive-Compulsive Inventory".  $R^2=0,04$  para paso 1;  $\Delta R^2=0,20$  para paso 2 ( $p<0,01$ ). \* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$ .

### *Asociación entre dimensiones del TOC y perfeccionismo*

Los resultados de los análisis de correlación de las seis dimensiones del OCI-CV (comprobación, obsesión, acumulación, lavado, orden y neutralización) indicaron que todas correlacionaron positivamente con cada subescala de perfeccionismo y con los totales ( $p<0,01$ ) (tabla 1).

Al introducir todas las dimensiones en el modelo de regresión múltiple para predecir cada dimensión del OCI-CV, se observó que sólo algunas de las variables predictoras se asociaron de forma significativa con cada variable dependiente, así como que los porcentajes de varianza explicada de cada sintomatología TOC variaron entre la nula relación del perfeccionismo con acumulación hasta el 15% para duda/comprobación u orden (tabla 3).

Como puede observarse en la tabla 3, el sexo fue la variable que se mantuvo en todos los modelos, además de hacerlo con una variable significativamente asociada con todas las dimensiones del TOC, excepto en neutralización, en el sentido de que las chicas presentan mayores puntuaciones en todas las dimensiones del TOC.

Por su parte, el poder adquisitivo o nivel socioeconómico solo se mantuvo en el modelo de acumulación, que precisamente es el único que no se relaciona con las dimensiones de perfeccionismo analizadas.

Por dimensiones de TOC, Duda/Comprobación se asoció al perfeccionismo socialmente orientado, autorientado y al sexo, en este orden; Obsesiones se asoció a ambas dimensiones de perfeccionismo y al sexo, en el mismo orden; Acumulación no se asoció con perfeccionismo, pero sí con el nivel socioeconómico y el sexo; Lavado se asoció con perfeccionismo autorientado únicamente y con el sexo; Orden lo hizo con ambas dimensiones, pero más con autorientado que con social, así como con el sexo al mismo nivel que esta última dimensión; Neutralización se asoció solo con perfeccionismo socialmente orientado.

**Tabla 3**  
Resumen del análisis de regresión de tipo jerárquico para las variables predictoras de las dimensiones de sintomatología TOC (subescalas del OCI-CV)

	Comprobación		Obsesiones		Acumulación		Lavado		Orden		Neutralización							
	B	SEB	β	B	SEB	β	B	SEB	β	B	SEB	β						
Bloque 1																		
Sexo	0,45	0,21	0,12*	0,49	0,19	0,14*	0,40	0,15	0,14*	0,45	0,16	0,15**	0,42	0,18	0,13*	-0,08	0,10	-0,04
Edad	0,02	0,06	0,02	0,12	0,05	0,12*	-0,02	0,04	-0,03	-0,03	0,04	-0,04	0,11	0,05	0,12*	0,01	0,03	0,01
Escala de poder adquisitivo (FAS)	-0,01	0,08	-0,04	-0,04	0,07	-0,03	-0,15	0,06	-0,15**	-0,03	0,06	-0,03	0,02	0,07	0,02	-0,05	0,04	-0,08
R <sup>2</sup>	0,02		0,04		0,05		0,03		0,03		0,03		0,03		0,01			
F	1,71		4,43		5,12		2,88		3,52		0,81		3,52		0,81			
p	0,17		0,005		0,002		0,04		0,015		0,49		0,015		0,49			
Bloque 2																		
Sexo	0,42	0,19	0,11*	0,47	0,18	0,13*	0,38	0,15	0,14*	0,45	0,15	0,15**	0,41	0,17	0,12*	-0,10	0,09	-0,06
Edad	-0,03	0,05	-0,03	0,07	0,05	0,07	-0,03	0,04	-0,04	-0,07	0,04	-0,09	0,05	0,05	0,06	-0,01	0,03	-0,03
Escala de poder adquisitivo (FAS)	-0,06	0,07	-0,05	-0,09	0,07	-0,07	-0,16	0,06	-0,16**	-0,09	0,06	-0,08	-0,04	0,06	-0,03	-0,07	0,03	-0,10
CAPS- Perfeccionismo autorientado	0,04	0,01	0,19**	0,04	0,01	0,19**	0,01	0,01	0,03	0,05	0,01	0,27**	0,05	0,01	0,28**	0,01	0,01	0,07
CAPS- Perfeccionismo socialmente orientado	0,06	0,01	0,25**	0,04	0,01	0,20**	0,02	0,01	0,12	0,01	0,01	0,08	0,02	0,01	0,12*	0,03	0,01	0,30**
ΔR <sup>2</sup>	0,14		0,10		0,02		0,02		0,09		0,12		0,12		0,11			
F	11,77		10,71		4,33		8,72		11,14		8,94		11,14		8,94			
p	0,001		0,001		0,001		0,001		0,001		0,001		0,001		0,001			

Notas: CAPS= "Child and Adolescent Perfectionism Scale"; OCI-CV= "Child version of the Obsessive-Compulsive Inventory". \*p<0,05; \*\* p<0,01.

## Discusión

El objetivo general de este estudio fue analizar la relación de las diferentes dimensiones de sintomatología obsesivo compulsiva con las dimensiones del perfeccionismo en población comunitaria adolescente. No hay suficiente investigación que haya analizado la asociación entre tipos de sintomatología TOC y los tipos de perfeccionismo. Por tanto, ello hace que este estudio sea una aportación novedosa en el campo de la investigación de la Psicología Clínica.

En primer lugar, se analizó la relación entre sintomatología TOC general con los dos aspectos de perfeccionismo examinados. Los resultados indicaron que los adolescentes entre 12 y 18 años con puntuaciones elevadas de sintomatología TOC refieren ser más perfeccionistas, mostrando de forma significativa una mayor preocupación perfeccionista tanto orientada socialmente como autorientada. Las magnitudes de estas asociaciones fueron en general medianas. Además el sexo y el nivel socioeconómico también se asociaron positivamente con la sintomatología TOC general. Estos datos son consistentes con el trabajo de Wu y Cortesi (2009) y de forma parcial con el trabajo de Egan *et al.* (2011) y de Ye *et al.* (2008). Estos estudios indican que el perfeccionismo es un factor de riesgo para las personas con este trastorno, así como que además se asocia con una mayor gravedad de los síntomas del TOC tanto en niños como en adolescentes y adultos.

En segundo lugar, se analizó la asociación de los subtipos de sintomatología TOC con diferentes dimensiones o tipos de perfeccionismo para la muestra. Atendiendo a las correlaciones, los valores más altos fueron para la asociación de las medidas de perfeccionismo con la sintomatología obsesivo compulsiva general, seguido de su relación con los subtipos comprobación, obsesión y orden. Estos datos son consistentes con el trabajo de Wu y Cortesi (2009), que halló que el perfeccionismo desadaptativo (equivalente a las puntuaciones totales del CAPS halladas en este estudio) predecía de forma significativa las tres dimensiones del TOC evaluadas en ese estudio (comprobación, lavado y rituales relacionados con síntomas de orden, simetría, etc.) y que la magnitud de la relación es mayor (entre moderada y grande) entre el perfeccionismo y comprobación que entre perfeccionismo y las otras dimensiones del TOC. Además nuestros resultados indican que todas las dimensiones del OCI-CV correlacionaban significativamente con las dimensiones de perfeccionismo, excepto la sintomatología de acumulación del TOC con perfeccionismo autorientado.

Respecto a las asociaciones de cada subtipo de TOC con las dos dimensiones de perfeccionismo, cabe destacar los resultados nuevamente. Así, las dimensiones de Comprobación y Obsesiones se asocian de forma significativa con pensamientos perfeccionistas orientados socialmente y autorientados; Orden lo hace también con ambos, pero especialmente con perfeccionismo autorientado; Lavado solo se asocia con el perfeccionismo autorientado; Neutralización solo con el perfeccionismo socialmente orientado y por último Acumulación no se asoció con ninguna dimensión. Aunque desafortunadamente no existen estudios previos que nos permitan la comparación con estos resultados específicos, si resultan resultados interesantes.

En tercer lugar, se planteó examinar el papel del sexo, la edad y el nivel socioeconómico en la sintomatología TOC en adolescentes. El hecho de que el sexo y el nivel socioeconómico se mantuvieran en el modelo predictivo para la puntuación total de sintomatología TOC, si bien en menor medida que las dimensiones de perfeccionismo, puede apuntar hacia un posible efecto causal de estas variables sobre el perfeccionismo. Este hecho indica que esta sintomatología es más frecuente en mujeres en la línea de Martínez *et al.* (2011) y parcialmente consistente con Piqueras *et al.* (2009), mientras que no se han encontrado estudios que hayan controlado el efecto del nivel socioeconómico en el TOC. Respecto al efecto de estas variables en las dimensiones del TOC, por un lado, el sexo se mantuvo como una variable relevante en todas las dimensiones del TOC, excepto en neutralización, mientras que el nivel socioeconómico solo fue una variable relevante para acumulación. Estos datos indican que esta sintomatología fue más frecuente en las chicas que en los chicos o que ser chica es un factor de riesgo para los diferentes síntomas de TOC. Son resultados consistentes igualmente con los estudios mencionados anteriormente (Martínez *et al.*, 2011 y Piqueras *et al.*, 2009), mientras que no se han encontrado estudios que hayan considerado el nivel socioeconómico.

En resumen, ante los resultados obtenidos se pueden extraer tres conclusiones. Primero, se ha comprobado que los adolescentes con mayores puntuaciones en sintomatología TOC presentan mayores niveles de perfeccionismo, sin distinción del tipo de perfeccionismo. Segundo, se concluye que las dimensiones de perfeccionismo se asocian con diferentes subtipos de sintomatología TOC de forma diferencial. Y, tercero, se ha comprobado que existe un efecto significativo del sexo femenino en la presencia de sintomatología TOC.

Este trabajo presenta algunas limitaciones metodológicas. Entre estas cabe destacar el uso exclusivo de medidas de autoinforme, la falta de representatividad de la muestra, al no haber seguido un muestreo aleatorio para su reclutamiento, o el bajo tamaño muestral. Respecto a lo primero, el autoinforme es una de las técnicas más recomendables para la recogida de datos sobre este tipo de variables psicológicas, si bien esta técnica puede presentar sesgos sobre la información recibida de los participantes. En cuanto a las cuestiones relativas a la muestra, futuros estudios deberían tratar de ampliar el tamaño y la representatividad de la misma, así como tratar de controlar en mayor medida las variables que puedan afectar a los datos obtenidos.

En conclusión, los datos obtenidos sobre estas relaciones pueden servir para la aplicación del diseño de futuros programas de prevención y tratamiento. Concretamente, este trabajo sugiere la relevancia de atender a la variable sexo en adolescentes en relación con el perfeccionismo para que el diseño de este tipo de estrategias de intervención psicológica sea más eficaz.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Ashby, J. S. y Bruner, L. P. (2005). Multidimensional perfectionism and obsessive-compulsive behaviors. *Journal of College Counseling*, 8, 31-40.
- Castro-Fornieles, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescence Health*, 353, 392-398.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casula, V., Fuhrmann, C., Imirizaldu, M., Saura, B., Martínez, E. y Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 40, 562-568.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cook, L. C. y Kearney, C. A. (2009). Parent and youth perfectionism and internalizing psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 46, 325-330.
- Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J. y Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12, 385-397.
- Egan, S. J., Wade, T. D. y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Farrell, L. J., Barret, P. M. y Piacentini, J. (2006). Obsessive-compulsive disorder across the developmental trajectory: clinical correlates in children, adolescents and adults. *Behaviour Change*, 23, 103-120.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. y Munro, Y. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: development, validation, and association with adjustment*. Manuscrito no publicado, York University, Toronto, Canada.
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pusupuleti, R.V., Franklin, M. E. y March, J. (2010). Development and validation of a Child Version of the Obsessive-Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*, 41, 121-132.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-495.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E. y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- García-Soriano, G., Belloch, A. y Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 65-84.
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B. y McGee (2003). Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy* 41, 1221-1236.
- Jones, A. M., De Nadai, A. S., Arnold, E. B., McGuire, J. F. Lewin, A. B., Murphy, T. K. y Storch, E. A. (2013). Psychometric properties of the Obsessive Compulsive Inventory: Child Version in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 137-151.

- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F. y Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Keeley, M. y Storch, E. A. (2008). Etiología, evaluación y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 535-551.
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Sceery, W. y Rapoport, J. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 29, 407-412.
- Lipsey, M. y Wilson, D. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lozano, L. M., García-Cueto, E., Martín, M. y Lozano, L. (2012). Desarrollo y validación del inventario de perfeccionismo infantil (I.P.I.). *Psicothema*, 24, 149-155.
- Martínez-González, A. E., Piqueras, J. A. y Marzo, J. C. (2011). Validación del Inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R) para su uso en población adolescente española. *Anales de Psicología*, 27, 763-773.
- Nobel, R. J. (2007). *Perfectionism in school-age children experiencing symptoms of depression and anxiety: characterization and relationship to treatment outcomes*, Universidad de Toronto, Canadá.
- Pena-Garijo, J. y Ruipérez, M. A. (2012). *Actualización en trastorno obsesivo compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas*. Recuperado el 20 de Agosto de 2013 desde <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/1376/1252/>
- Piqueras, J. A., Martínez-González, A. E., Hidalgo, M. D., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D. y Rosa, A. I. (2009). Psychometric properties of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample of late adolescents. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 561-572.
- Polman, A. (2010). *Dysfunctional beliefs in the understanding and treatment of obsessive compulsive disorder*. Groningen: University Library Groningen. Recuperado el 20 de Agosto de 2013, desde <http://irs.ub.rug.nl/ppn/327500840>
- Rivas, M. T., Planas, A. y Gavino, A. (2009). Cuestionario de diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo (CUDIATOC): descripción y propiedades psicométricas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 2, 231-256.
- Rodríguez-Jiménez, T., Godoy, A., Piqueras, J. A., Gavino, A., Martínez-González, A. E. y Foa, E. B. (2013). *Psychometric properties of the Obsessive-Compulsive Inventory - Child Version (OCI-CV) in general population*. Manuscrito enviado para publicación.
- Sánchez-Meca, J., Gómez, A. y Méndez, F. X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: un estudio meta-analítico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 11, 213-237.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. y Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Suzuki, T. (2005). Relationship between two aspects of perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Psychological Reports*, 96, 299-305.
- Tabachnick y Fidell (1996). *Using multivariate statistics* (3ª ed.). Nueva York: Harper Collins College.
- Tolin, D. F., Brady, R. E. y Hannan, S. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 31-42.
- Tolin, D. F., Woods, C. M. y Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.

- Toro, J. (2001). *Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: psicopatología y tratamiento*. Barcelona: Meeting & Congress.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L. y Cuffe, S. P. (1994), Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.
- Vargas, L. A., Palacios, L., González, G. y De la Peña, F. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. *Salud Mental*, 31, 173-179.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C. y Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 949-954.
- Wu, K. D. y Cortesi, G. T. (2009). Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: examination of specificity among the dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 393-400.
- Ye, H. J., Rice, K. G. y Storch, E. A. (2008). Perfectionism and peer relations among children with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry Human Development*, 39, 415-426.

RECIBIDO: 27 de septiembre de 2013

ACEPTADO: 25 de octubre de 2013