



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ARTÍCULO

Dimensions of perfectionism (adaptive and maladaptive) in adolescents with eating disorder



María Luz Scappatura*, Germán Bidacovich, María Belén Banasco Falivelli y Guillermina Rutzstein

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 27 de septiembre de 2016; revisado el 20 de diciembre de 2016; aceptado el 6 de marzo de 2017
Disponible en Internet el 5 de abril de 2017

KEYWORDS

Eating disorders;
Adaptive
perfectionism;
Maladaptive
perfectionism;
Clinical sample;
Adolescents

Abstract This study analyzed the association of adaptive and maladaptive dimensions of perfectionism in women with eating disorders (ED), risk of ED, and inherent features of ED. The sample included 246 women aged between 13 and 19 years divided into three groups: with ED ($n=59$), in risk of ED ($n=17$), and without ED or risk ($n=170$); for group assignment participants were interviewed with the Eating Disorder Examination (EDE). Participants completed the Eating Disorders Inventory (EDI-3) and the Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). According to the models that state the existence of two well defined dimensions of perfectionism, adolescents in risk of ED and with ED got higher scores in Discrepancy (maladaptive dimension), but not in High standards (adaptive dimension). Besides positive associations were found between Discrepancy and all scales of EDI-3, except for Maturity fears; however also in the ED group positive associations were found between High standards and Order with Drive for thinness, result that do not allow to confirm the adaptive value of these two latter dimensions of perfectionism among adolescents with ED.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

PALABRAS CLAVE

Trastornos
alimentarios;
Perfeccionismo
adaptativo;

Dimensiones del perfeccionismo (adaptativo y desadaptativo) en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria

Resumen Este estudio analizó la asociación de las dimensiones adaptativa y desadaptativa del perfeccionismo con la presencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), de riesgo de TCA, y algunas características inherentes a estos trastornos. Participaron 246 mujeres

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luzscappatura@hotmail.com (M.L. Scappatura).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Perfeccionismo
desadaptativo;
Muestra clínica;
Adolescentes

adolescentes, de 13 a 19 años de edad, divididas en tres grupos: con TCA ($n=59$), con riesgo de TCA ($n=17$) y sin TCA o riesgo ($n=170$); esto definido a través de la entrevista para Examinación de Trastornos Alimentarios (EDE). Las participantes completaron el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-3) y la Escala Casi Perfecta-Revisada (APS-R). En congruencia con los modelos que sostienen la existencia de dos dimensiones bien delimitadas del perfeccionismo, las adolescentes con TCA y riesgo presentaron mayores puntuaciones que aquellas sin TCA en Discrepancia (dimensión desadaptativa), pero no en Altos estándares (dimensión adaptativa). Además se hallaron asociaciones positivas entre Discrepancia y todas las subescalas del EDI-3, excepto Miedo a madurar. No obstante, en el grupo con TCA también se hallaron asociaciones positivas de los Altos estándares y el Orden con la Búsqueda de delgadez, resultado que no permite afirmar el valor adaptativo de estas dos últimas dimensiones del perfeccionismo entre las adolescentes con TCA.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La presencia de expectativas elevadas y poco realistas en relación con la apariencia física y la delgadez caracteriza a los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (American Psychiatric Association [APA], 2015; Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel, 1984; Goldner, Cockell y Srikameswaran, 2002). Ese aspecto ha llevado a pensar al perfeccionismo como un rasgo de gran relevancia en la conceptualización de estos trastornos (Fairburn, 2008; Wade, O'Shea y Shafran, 2016; para una revisión, véase Bardone-Cone et al., 2007; Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar y Alvarez-Rayón, 2005), y es considerado en la actualidad un importante factor de riesgo y mantenimiento de estas psicopatologías (Chang, Ivezaj, Downey, Kashima y Morady, 2008; Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Hilbert et al., 2014; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby y Mitchell, 2006; Pike et al., 2008; Wade, Wilksch, Paxton, Byrne y Austin, 2015).

Aunque clásicamente se le ha asociado al perfeccionismo con la anorexia nerviosa (Bruch, 1978; Vitousek y Manke, 1994), las evidencias indican que también es un rasgo clínicamente relevante de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Milos, Spindler y Schnyder, 2004; Moor, Vartanian, Touyz y Beumont, 2004; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson y Agras, 2001; Rodríguez, Beato, Mata, Rojo y Vaz, 2016). Pero al perfeccionismo no solo se le ha asociado con la presencia de los distintos TCA, sino también con sus síntomas (Franco-Paredes et al., 2005). De este modo, se le relaciona con la insatisfacción corporal (Ruggiero, Levi, Ciuna y Sassaroli, 2003; Wade y Tiggemann, 2013), la búsqueda de delgadez (Dickie, Wilson, McDowall y Surgenor, 2012; Ferreira, Trindade y Ornelas, 2015), la conducta dietante (Bardone-Cone, 2007; McLaren, Gauvin y White, 2001; Sherry, Hewitt, Besser, McGee y Flett, 2004), y los atracones (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton y Joiner, 2006).

El perfeccionismo ha sido definido como la tendencia a establecer altos estándares de desempeño, en combinación con una evaluación excesivamente crítica y una marcada preocupación por cometer errores (Frost, Marten, Lahart

y Rosenblate, 1990). Debido a su vinculación con diversas psicopatologías, tradicionalmente se le ha considerado un rasgo predominantemente negativo (Burns, 1980; Haring, Hewitt y Flett, 2003; Hewitt, Flett y Ediger, 1995; Hollender, 1965; Patch, 1984). Sin embargo, diversos autores han delimitado dos dimensiones del constructo perfeccionismo (Ashby, Kottman y Schoen, 1998; Hamachek, 1978; Rhéaume et al., 2000; Rice, Ashby y Slaney, 1998; Terry-Short, Owens, Slade y Dewey, 1995): una positiva o *adaptativa*, relacionada con la búsqueda de logros y estándares elevados de desempeño, y una dimensión negativa o *desadaptativa*, vinculada con la presencia de una alta discrepancia percibida entre los estándares elevados y la posibilidad de alcanzarlos (Lo y Abbott, 2013; Rice, López y Vergara, 2005; Slaney, Rice, Mobley, Trippi y Ashby, 2001).

El carácter desadaptativo del perfeccionismo se fundamenta en su asociación con diversas condiciones psicopatológicas, tales como: síntomas depresivos (Di Schiena, Luminet, Philippot y Douilliez, 2012; Flett, Panico y Hewitt, 2011), obsesivo-compulsivos (Rice y Pence, 2006; Soreni et al., 2014), malestar psicológico (Arana, Scappatura, Lago y Keegan, 2007) y trastornos de ansiedad (Antony, Purdon, Huta y Swinson, 1998; Bardone-Cone et al., 2007; Saboonchi, Lundh y Öst, 1999), entre otras. En cambio, a la dimensión adaptativa se la visto asociada con consecuencias positivas; por ejemplo, mayor satisfacción con la vida (Wang, Yuen y Slaney, 2009) y mejor calidad de vida percibida (Arana et al., 2010). No obstante, esta relación ha sido menos estudiada (Chang, 2006) y, por ende, los resultados son menos concluyentes (Stoeber y Otto, 2006).

El estudio sobre las dimensiones adaptativa y desadaptativa del perfeccionismo en los TCA ha arrojado resultados dispares (Bardone-Cone et al., 2007; Scappatura, Arana, Elizathe y Rutzstein, 2011). Mientras que en algunas investigaciones se halló que la presencia de TCA y de su sintomatología se asociaba únicamente con la dimensión desadaptativa (Ashby et al., 1998; Pearson y Gleaves, 2006; Rutzstein, Scappatura y Murawski, 2014; Soenens et al., 2008), en otras también se les encontró asociadas con aspectos adaptativos del perfeccionismo (Bardone-Cone, 2007;

Bastiani, Rao, Weltzin y Kaye, 1995; Hewitt et al., 1995), lo cual ha llevado a cuestionar el valor adaptativo del perfeccionismo (Bardone-Cone, 2007). Sin embargo, tal como se señala en un estudio previo sobre el tema (Scappatura et al., 2011), este tipo de resultados pueden ser también atribuidos a la utilización de instrumentos de evaluación no específicos para la medición de las dimensiones adaptativa y desadaptativa del perfeccionismo. Por tanto, en el presente estudio se propone analizar la asociación de dichas dimensiones del perfeccionismo con la presencia de TCA, de riesgo de TCA, y con algunas características inherentes a estos trastornos, utilizando un instrumento de evaluación específico. En tanto hipótesis, se propone que únicamente la dimensión desadaptativa del perfeccionismo (Discrepancia) se asociará positivamente con la presencia de TCA, con el riesgo de TCA y con sus características inherentes; y, por el contrario, estas tres condiciones de los TCA se asociarán de manera negativa con las dimensiones adaptativas del perfeccionismo (Altos estándares y Orden).

Método

Tipo de estudio

Se trata de un estudio no experimental, de tipo transversal, de alcance correlacional y de comparación entre grupos.

Muestra

Se definió con base a un muestreo de tipo no probabilístico e intencional. Se convocó a estudiantes mujeres, de primero a quinto año, de dos escuelas medias de la ciudad de Buenos Aires (una pública y una privada), y a pacientes —también mujeres— de tres instituciones especializadas en el tratamiento de TCA (una pública y dos privadas). Los criterios de inclusión fueron: tener entre 13 y 19 años, haber aceptado participar del estudio y, en el caso de las participantes menores de 18 años, contar con el consentimiento informado firmado por alguno de los padres. Se excluyó a las participantes que no completaron el proceso de evaluación y, en el caso de las pacientes, a quienes no cumplían los criterios diagnósticos para TCA, según DSM-IV-TR (APA, 2000), al momento del estudio.

Finalmente, la muestra quedó conformada por 246 mujeres adolescentes: 202 estudiantes de escuelas medias y 44 pacientes con diagnóstico de TCA. La edad promedio de las participantes fue 15.93 años ($DE = 1.30$). En promedio, la cantidad de miembros de la familia fue 4.21 ($DE = 1.80$); 48.1% vivían con su familia nuclear biparental, 24.5% con su familia nuclear monoparental, 18.8% con familia extendida, y 8.6% refirieron otra conformación familiar (e.g., pareja de alguno de los padres, amigos). En la mayoría, ambos padres trabajaban (94.4% de los padres y 71.7% de las madres). En cuanto a nivel educativo de los padres, 27.9% de los padres y 29.1% de las madres contaba con estudios terciarios (bachillerato) o universitarios concluidos.

La muestra fue dividida en tres grupos: 1) adolescentes con TCA ($n = 59$), conformado por las 44 pacientes y 15 estudiantes en las que se identificó la presencia del trastorno; 2) adolescentes con riesgo de TCA (RTCA; $n = 17$), todas estudiantes en las que se identificó la presencia de

riesgo de TCA, y 3) adolescentes sin TCA (NTCA; $n = 170$), conformado por estudiantes que no presentaban TCA o riesgo de TCA.

Del grupo TCA, 75.0% de las pacientes y todas las estudiantes diagnosticadas con el trastorno presentaban trastorno alimentario no especificado (TANE); de las restantes, seis presentaban anorexia nerviosa (AN = 13.60%) y cinco bulimia nerviosa (BN = 11.40%). Al momento de la evaluación, las 44 pacientes estaban bajo tratamiento psicoterapéutico ambulatorio; además, de estas, la mayoría (88.10%) refirió recibir tratamiento nutricional, y 33.3%, psicofarmacológico. La duración promedio del tratamiento fue 10.79 meses ($DE = 9.58$); sin embargo, en 68.2% ($n = 30$) fue de un año o menos. Con lo que respecta a las estudiantes con TCA, solo una se encontraba bajo tratamiento psicoterapéutico al momento de la evaluación. Finalmente, con respecto a la edad de las participantes, el grupo TCA ($M = 16.27$, $DE = 1.46$) fue significativamente mayor que NTCA ($M = 15.76$, $DE = 1.21$), con $F(2, 242) = 4.58$; $p = 0.011$. Por el contrario, las adolescentes del grupo RTCA no se diferenciaron de los otros dos grupos respecto de su edad ($M = 16.35$, $DE = 0.93$).

Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico y de Sintomatología Específica de Trastornos Alimentarios (Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura, 2010; Rutzstein et al., 2010a). Este cuestionario fue desarrollado para la evaluación de características sociodemográficas y de sintomatología específica de TCA. Permite recabar datos como edad, escolaridad, composición familiar y situación laboral de los padres. Además, el cuestionario incluye preguntas sobre peso corporal, peso deseado, talla, conducta dietante, conductas inapropiadas para disminuir o mantener el peso, y regularidad de los ciclos menstruales. Adicionalmente, el cuestionario administrado a las pacientes con TCA incluía preguntas sobre el tratamiento recibido.

Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3) (Garner, 2004). Se trata de la tercera versión de un inventario autoadministrable que evalúa síntomas y características psicológicas asociadas con el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Consta de 91 ítems tipo Likert, con seis opciones de respuesta, que van de *siempre* hasta *nunca*, organizados en 12 subescalas: tres específicas a TCA, denominadas de «riesgo» (Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal), y nueve subescalas de características psicológicas clínicamente relevantes: Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit interoceptivo, Desregulación emocional, Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a madurar. En su versión original, el EDI-3 ha mostrado poseer buenas propiedades psicométricas en adolescentes, con adecuada consistencia interna, tanto para las subescalas de riesgo ($\alpha = .86-.93$) como para las subescalas de características psicológicas ($\alpha = .77-.89$), además de contar con elevada estabilidad test-retest, así como con amplias evidencias en cuanto a su validez de constructo y de criterio. Por su parte, la adaptación argentina del inventario también ha mostrado poseer buena consistencia interna y una estructura factorial similar a la original (Rutzstein et al., 2006; Rutzstein, Leonardelli, Scappatura, Murawski y Elizathe, 2013).

Eating Disorder Examination (EDE) (Fairburn y Cooper, 1993). Se trata de una entrevista semiestructurada, conformada por preguntas abiertas y cerradas, cuyo fin es obtener datos específicos sobre rasgos, actitudes y comportamientos característicos de los TCA, permitiendo formular un diagnóstico específico de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000). Estudios psicométricos de la EDE han arrojado evidencias de que posee adecuada consistencia interna, confiabilidad inter-jueces y poder discriminante (Berg, Peterson, Frazier y Crow, 2012; Grilo, Masheb, Lozano-Blanco y Barry, 2004; Wifley, Schwartz, Spurrell y Fairburn, 2000). La EDE fue adaptada para su uso en población argentina, mostrando adecuada capacidad discriminante (Rutzstein et al., 2010b).

Almost Perfect Scale-Revised (APS-R) (Slaney et al., 2001). Es una escala diseñada para evaluar perfeccionismo en sus dimensiones adaptativa y desadaptativa. Está compuesta por 23 ítems tipo Likert con siete opciones de respuesta, distribuidos en tres subescalas: Altos estándares, Orden y Discrepancia. La subescala Discrepancia representa el aspecto desadaptativo del perfeccionismo y la subescala Altos estándares representa la dimensión adaptativa; sin embargo, en el presente estudio la subescala Orden también es considerada adaptativa, debido a que ha mostrado estar correlacionada negativamente con medidas de malestar psicológico, y positivamente con la subescala Altos estándares (Slaney et al., 2001; Slaney y Ashby, 1996). Distintos estudios sobre las propiedades psicométricas del APS-R han demostrado que posee adecuada consistencia interna, confiabilidad test-retest, así como validez predictiva y discriminante (Rice y Aldea, 2006; Slaney et al., 2001). En cuanto a su adaptación para población argentina, los valores de confiabilidad y la estructura factorial se han reproducido de manera similar a la escala original (Arana, Keegan y Rutzstein, 2009).

Procedimiento

En un primer momento se estableció contacto con las instituciones escolares y las clínicas especializadas. Se informó del objetivo del estudio a las autoridades de las instituciones y se solicitó autorización para llevarlo a cabo. Posteriormente se contactó a las participantes y a sus padres. Las adolescentes firmaron un asentimiento en el que fueron informadas sobre el carácter voluntario de su participación y se aseguró el carácter confidencial de la información brindada. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado a los padres de aquellas participantes menores de 18 años.

Con lo que respecta a las *estudiantes*, la aplicación de los instrumentos se realizó grupalmente, dentro de las aulas de cada institución educativa, durante el horario de clase, previa introducción y lectura del instructivo. Luego, de manera individual y en un aula diferente a la utilizada para la aplicación grupal, fueron pesadas y medidas por una médica hebiatra y una nutricionista, según las normas antropométricas de la *Sociedad Argentina de Pediatría* (1986). Solo dos adolescentes no aceptaron ser pesadas y/o medidas, por lo que en ellas se utilizó el peso y talla autorreportados en el cálculo del índice de masa corporal (IMC). Por otra parte, las *pacientes* completaron los cuestionarios de modo individual, en las instalaciones de las clínicas de procedencia, luego de su consulta psicoterapéutica. Para el cálculo del

IMC se consideró el último peso y talla consignados en la historia clínica.

Las entrevistas diagnósticas se llevaron a cabo con base a la EDE, fueron conducidas por profesionales entrenados y realizadas en las instalaciones de las instituciones de procedencia de cada participante. La *presencia de TCA* se determinó a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para AN, BN y TANE, en tanto que la *presencia de riesgo de TCA* se delimitó a partir de criterios utilizados en estudios previos (Rutzstein et al., 2010b), los cuales son: presentar alguna sintomatología propia de TCA, pero como episodio aislado, sin regularidad, ni llegar a constituir un cuadro completo (e.g., haber realizado dieta y presentar insatisfacción corporal con peso normal o bajo peso). Los criterios se detallan en la *tabla 1*.

Finalmente, cabe señalar que en aquellas estudiantes en que se identificó la presencia de TCA se brindó la correspondiente orientación y canalización a instituciones públicas especializadas en el tratamiento de estos trastornos. Además, este proceso se realizó conjuntamente con el gabinete psicopedagógico de las instituciones educativas.

Análisis de datos

El procesamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete SPSS para Windows, en su versión 20.0 en castellano. Inicialmente se examinaron la normalidad y la varianza de los datos de cada grupo y, de acuerdo al tamaño de estos, para NTCA ($n=170$) y TCA ($n=59$) se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y para RTCA ($n=17$) se utilizó la de Shapiro-Wilk. Para identificar la existencia de variables no incluidas en las hipótesis de investigación que debían ser controladas, o bien, posibles variables de confusión, en cada grupo se aplicaron pruebas de asociación entre las variables incluidas en las hipótesis de investigación, siendo: Altos estándares, Orden y Discrepancia (dimensiones de perfeccionismo), y tres variables sociodemográficas: nivel educativo (del padre y de la madre), situación laboral (del padre y de la madre) y edad (de la participante). Solo se encontró que esta última variable estuvo significativamente correlacionada con dos de las variables bajo estudio (negativamente con Altos estándares y positivamente con Orden), además de que, como ya se señaló, también se identificó la existencia de diferencias significativas en cuanto a la edad promedio de los grupos (mayor en TCA vs. NTCA). Por tanto, se decidió controlar la variable edad en los análisis de comparación entre los grupos, los que se realizaron mediante ANCOVA, y adicionalmente se llevó a cabo un contraste de comparaciones *post hoc* con la prueba de Bonferroni, y en todos los casos se calculó η^2 (η^2) como medida de tamaño del efecto. Para evaluar la asociación de las dimensiones de perfeccionismo con las características de TCA se realizaron análisis de correlación parcial, controlando el efecto de la dimensión adaptativa (Altos estándares y Orden) sobre la dimensión desadaptativa del perfeccionismo (Discrepancia), y viceversa.

Resultados

Los grupos no se diferenciaron respecto a su peso, talla o IMC (*tabla 2*), y considerando el IMC ajustado por edad,

Tabla 1 Criterios de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (Rutzstein et al., 2010b)

Criterio	Indicador	
A) Presenta 1 o 2, siendo:	Con IMC normal o bajo	Con IMC > 25
1. Al menos uno de los dos indicadores siguientes:		
• Importancia del peso	≥ 4 EDE (mucho)	≥ 4 EDE (mucho)
• Importancia de la silueta		
Y al menos uno de los tres indicadores siguientes:		
• Miedo a ganar peso	≥ 4 EDE (más de la mitad de los días)	≥ 5 EDE (casi todos los días), o no se preguntó por sobrepeso evidente
• Insatisfacción corporal		
• Sentimientos de gordura		
2. Atracciones o conductas compensatorias (para bajar o mantener el peso) que se presentan de manera aislada (de modo no sistemático)	Por ejemplo: conducta dietante esporádica, atracón aislado, conducta compensatoria aislada	Por ejemplo: hábitos alimentarios desordenados, intentos de pérdida de peso desordenados (sin control profesional)

EDE: *Eating Disorder Examination*; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2 Variables antropométricas por grupo

	TCA (n = 59)	RTCA (n = 17)	NTCA (n = 170)
	M (DE)	M (DE)	M (DE)
Peso (kg)	58.65 (15.94)	56.86 (4.34)	56.47 (10.04)
Talla (m)	1.60 (0.07)	1.60 (0.06)	1.60 (0.06)
IMC (peso/talla ²)	22.58 (5.33)	22.16 (1.62)	21.99 (3.62)

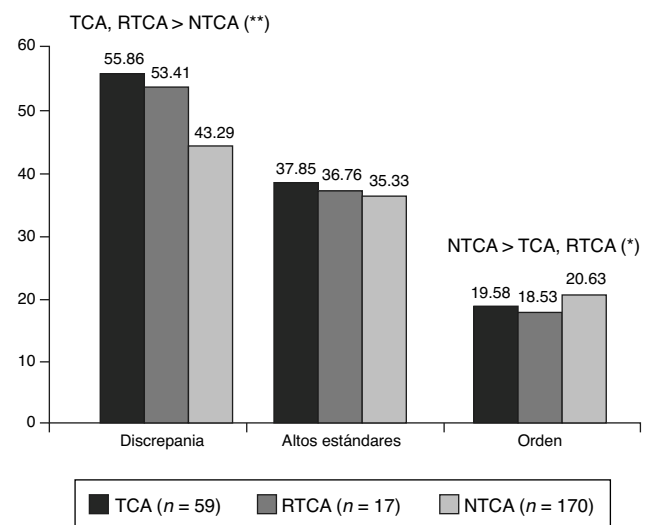
IMC: índice de masa corporal; NTCA: sin trastorno de la conducta alimentaria o riesgo; RTCA: riesgo de trastorno de la conducta alimentaria; TCA: con trastorno de la conducta alimentaria.

Nota: Dos participantes del grupo NTCA no aceptaron ser pesados y/o medidas, de modo que en estos casos el IMC fue calculado a partir de peso y talla autorreportados.

la mayoría de las participantes presentaron un peso normal (64.5% en TCA, 88.2% en RTCA y 66.0% en NTCA) o superior (24.4% en TCA, 11.8% en RTCA y 23.3% en NTCA).

Con lo que respecta a las dimensiones del perfeccionismo (fig. 1), se encontró que en la *desadaptativa* (subescala Discrepancia) las puntuaciones de los grupos TCA ($M = 55.86$, $DE = 16.24$) y RTCA ($M = 53.41$, $DE = 13.14$) fueron mayores que en NTCA ($M = 43.29$, $DE = 12.90$), diferencia estadísticamente significativa y de importante magnitud: $F(2, 242) = 19.16$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.14$, con IC 95% para NTCA [41.21, 45.41], para RTCA [46.72, 59.99] y para TCA [52.24, 59.39]. De igual forma, también se encontraron diferencias significativas en cuanto a una de las dos dimensiones adaptativas del perfeccionismo (Orden), siendo NTCA ($M = 19.58$, $DE = 5.91$) el que obtuvo una puntuación significativamente mayor a los otros dos grupos: TCA ($M = 20.63$, $DE = 4.42$) y RTCA ($M = 18.53$, $DE = 5.01$), en donde: $F(2, 242) = 3.50$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.03$, con IC 95% para NTCA [20.03, 21.48], para RTCA [15.92, 20.50] y para TCA [18.08, 20.55].

En cuanto al análisis de correlación entre variables, en los grupos TCA y NTCA la dimensión *desadaptativa* del perfeccionismo (Discrepancia) se asoció positivamente con las tres subescalas de riesgo de TCA (Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal) y ocho de las nueve subescalas de características psicológicas que evalúa el EDI-3 (tabla 3).

**Figura 1** Comparación entre grupos respecto a las dimensiones del perfeccionismo.

NTCA: sin trastorno de la conducta alimentaria o riesgo; RTCA: riesgo de trastorno de la conducta alimentaria; TCA: con trastorno de la conducta alimentaria.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$.

Tabla 3 Coeficientes de correlación (*r* de Pearson) entre el perfeccionismo desadaptativo y las características de trastorno de la conducta alimentaria en cada grupo

	TCA (<i>n</i> = 59)	RTCA (<i>n</i> = 17)	NTCA (<i>n</i> = 170)
<i>Discrepancia</i>			
Búsqueda de delgadez	0.32*	0.01	0.26**
Bulimia	0.37**	0.10	0.33**
Insatisfacción corporal	0.62**	0.07	0.38**
Baja autoestima	0.72**	0.59*	0.63**
Alienación personal	0.71**	0.45	0.64**
Inseguridad interpersonal	0.46**	0.26	0.28**
Alienación interpersonal	0.56**	0.62*	0.45**
Déficit interoceptivo	0.45**	0.10	0.44**
Desregulación emocional	0.42**	0.20	0.42**
Perfeccionismo	0.32*	-0.48	0.35**
Ascetismo	0.64**	0.15	0.33**
Miedo a madurar	0.01	-0.07	0.15

NTCA: sin trastorno de la conducta alimentaria o riesgo; RTCA: riesgo de trastorno de la conducta alimentaria; TCA: con trastorno de la conducta alimentaria.

Nota: Se estimaron correlaciones parciales, controlando el efecto del perfeccionismo adaptativo (Altos estándares y Orden) sobre el perfeccionismo desadaptativo (Discrepancia).

* $p < 0.05$.

** $p < 0.001$.

Por el contrario, en el grupo RTCA se encontró que la Discrepancia solo se asoció significativamente con dos de las subescalas de características psicológicas (Baja autoestima y Alienación interpersonal), tratándose en ambos casos de correlaciones positivas y de magnitud moderada ($r = 0.59$ y $r = 0.62$, respectivamente).

Por otra parte, en los grupos RTCA y NTCA las dos dimensiones *adaptativas* del perfeccionismo (Altos estándares y Orden) no se asociaron con las tres subescalas de riesgo de TCA del EDI-3 (tabla 4). No obstante, en el grupo TCA ambas dimensiones sí correlacionaron de manera positiva y significativa, aunque débilmente, con la Búsqueda de delgadez ($r = 0.35$, $p < 0.05$). Además, aunque se encontró que Altos estándares y Orden estuvieron asociados negativamente con distintas subescalas de características psicológicas del EDI-3, principalmente con Baja autoestima y Alienación personal, en su mayoría correspondieron a correlaciones de magnitud débil.

Discusión

En el presente estudio se buscó conocer la asociación entre las dimensiones de perfeccionismo y la presencia de TCA y riesgo de TCA. Se encontró que las adolescentes con TCA o con riesgo presentaron mayor perfeccionismo desadaptativo que aquellas sin patología alimentaria. Por el contrario, no se encontraron diferencias en Altos estándares, dimensión del perfeccionismo considerada adaptativa. Estos resultados indican que la diferencia entre los grupos no radica en los estándares perfeccionistas, sino en la discrepancia entre el desempeño que las adolescentes desean obtener y el desempeño que efectivamente obtienen. De este modo, las adolescentes con TCA y aquellas con riesgo tienden en mayor medida a percibirse a sí mismas como incapaces de alcanzar los estándares de desempeño autoimpuestos que las adolescentes sin TCA. Esto coincide con lo hallado en

investigaciones previas, en las que únicamente el aspecto desadaptativo del perfeccionismo se asoció con la presencia de TCA (Soenens et al., 2008) o de su sintomatología (Ashby et al., 1998; Barnett y Sharp, 2016; Pearson y Gleaves, 2006). La presencia de mayor Discrepancia —y no de Altos estándares u Orden— hallada en las adolescentes con TCA y riesgo refuerza el carácter desadaptativo otorgado a esta dimensión (Rice et al., 1998). Así, de manera similar a lo hallado en otras investigaciones (Patterson, Wang y Slaney, 2012; Peck y Lightsey, 2008), en el presente estudio la mayor Discrepancia se encontró no solo en las adolescentes con TCA, sino también en aquellas con riesgo, lo cual permite considerar al perfeccionismo como un rasgo relevante aun en niveles subclínicos de estos trastornos.

De igual forma, los resultados sobre la diferencia identificada entre los grupos respecto a la subescala Orden son congruentes con la consideración de dicha dimensión como adaptativa, o por lo menos no asociada con psicopatología, ya que fueron las adolescentes del grupo control quienes presentaron las puntuaciones más elevadas. No obstante, al respecto cabe advertir que aunque esta diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa, el tamaño del efecto fue pequeño ($\eta p^2 = 0.03$), a diferencia de lo observado en Discrepancia, cuyo tamaño fue grande ($\eta p^2 = 0.14$).

En el presente estudio también se buscó conocer la relación de las dos dimensiones del perfeccionismo con las características sintomáticas y psicológicas inherentes a los TCA, postulando como hipótesis que estas correlacionarían positivamente con la dimensión desadaptativa del perfeccionismo (Discrepancia) y, por el contrario, que dichas características de los TCA se asociarían de modo negativo con la dimensión adaptativa del perfeccionismo (Altos estándares y Orden). No obstante, los resultados de este estudio solo permiten apoyar parcialmente esta hipótesis. Por un lado, tal como se esperaba, y en línea con lo hallado en otros estudios (Boone, Soenens y Braet, 2011; Boone, Soenens,

Tabla 4 Coeficientes de correlación (*r* de Pearson) entre el perfeccionismo adaptativo y las características de trastorno de la conducta alimentaria en cada grupo

	TCA (<i>n</i> = 59)	RTCA (<i>n</i> = 17)	NTCA (<i>n</i> = 170)
<i>Altos estándares</i>			
Búsqueda de delgadez	0.35**	0.13	0.08
Bulimia	-0.22	0.05	-0.04
Insatisfacción corporal	-0.06	0.08	0.07
Baja autoestima	-0.36*	-0.39	-0.37**
Alienación personal	-0.30*	-0.46	-0.23**
Inseguridad interpersonal	-0.15	-0.43	-0.17*
Alienación interpersonal	-0.18	-0.23	-0.19*
Déficit interoceptivo	-0.19	0.03	-0.07
Desregulación emocional	-0.10	0.21	-0.07
Perfeccionismo	0.32	0.72*	0.47**
Ascetismo	0.16	0.32	0.14
Miedo a madurar	0.15	-0.15	0.12
<i>Orden</i>			
Búsqueda de delgadez	0.35**	0.10	-0.01
Bulimia	-0.08	0.10	0.01
Insatisfacción corporal	-0.02	-0.27	-0.09
Baja autoestima	-0.14	-0.10	-0.35**
Alienación personal	-0.12	0.08	-0.30**
Inseguridad interpersonal	-0.06	0.18	-0.07
Alienación interpersonal	-0.12	0.18	-0.08
Déficit interoceptivo	0.01	0.37	-0.04
Desregulación emocional	0.09	0.37	-0.11
Perfeccionismo	0.20	0.02	0.24**
Ascetismo	0.36*	0.41	0.04
Miedo a madurar	0.05	0.28	0.04

NTCA: sin trastorno de la conducta alimentaria o riesgo; RTCA: riesgo de trastorno de la conducta alimentaria; TCA: con trastorno de la conducta alimentaria.

Nota: Se realizaron correlaciones parciales, controlando el efecto del perfeccionismo desadaptativo (Discrepancia) sobre el perfeccionismo adaptativo (Altos estándares y Orden).

* $p < 0.05$.

** $p < 0.001$.

Vansteenkiste y Braet, 2012; Dour y Theran, 2011; Paulson y Rutledge, 2014; Pearson y Gleaves, 2006; Sherry y Hall, 2009), el perfeccionismo desadaptativo se asoció con las subescalas de riesgo de TCA que evalúa el EDI-3 (Búsqueda de delgadez, Insatisfacción corporal y Bulimia) y con prácticamente todas las subescalas de características psicológicas asociadas con los TCA, esto tanto en el grupo con TCA como en el grupo NTCA. Pero, por otro lado, en el grupo RTCA el perfeccionismo desadaptativo no se asoció con ninguna de las tres subescalas de riesgo, correlacionando únicamente con dos de las características psicológicas evaluadas (Baja autoestima y Alienación interpersonal). Debe considerarse la posibilidad de que la inconsistencia respecto a lo hallado en los grupos TCA y NTCA vs. RTCA se vincule con el pequeño número de casos incluidos en este último.

En congruencia con los modelos que sostienen la multidimensionalidad del perfeccionismo en términos de su valor adaptativo y desadaptativo (Rhéaume et al., 2000; Rice et al., 1998; Terry-Short et al., 1995), aunque de baja magnitud, en el presente estudio se encontraron asociaciones negativas entre las dimensiones adaptativas (Altos estándares y Orden) y ciertas características psicológicas

inherentes a los TCA (principalmente Baja autoestima y Alienación personal). Sin embargo, contrario a este resultado y a la hipótesis planteada, en el grupo con TCA ambas dimensiones también se asociaron positivamente con la Búsqueda de delgadez. Este hallazgo ha sido documentado en otras investigaciones (Bardone-Cone, 2007; Bastiani et al., 1995; Boone et al., 2011; Cockell et al., 2002; Halmi et al., 2000; Lilienfeld et al., 2000; McLaren et al., 2001). Por ejemplo, Bardone-Cone (2007) encontró que las dos dimensiones del perfeccionismo —adaptativa (perfeccionismo orientado hacia sí mismo) y desadaptativa (perfeccionismo socialmente prescrito)— se asociaron positivamente con los síntomas bulímicos; del mismo modo, Boone et al. (2011) señalaron que, aunque de modo indirecto a través de su vinculación con la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal, la dimensión adaptativa del perfeccionismo (estándares personales) se asoció con dichos síntomas.

En otra oportunidad, Scappatura et al. (2011) plantearon que este tipo de resultados podían vincularse con la utilización de instrumentos de evaluación no específicos para la medición de ambas dimensiones del perfeccionismo, o

bien, diseñados para el estudio del constructo en contextos psicopatológicos. En este caso, sin embargo, el patrón de asociaciones encontrado no puede ser atribuido a la inespecificidad del instrumento, pero –en cambio– puede explicarse a partir del contexto psicopatológico en el que se presenta. En otras investigaciones la asociación positiva de las dimensiones adaptativas del perfeccionismo con la sintomatología de TCA se presenta en muestras de población general (Bardone-Cone, 2007; McLaren et al., 2001; Sherry et al., 2004). En el presente estudio, por el contrario, esta asociación se presentó únicamente en las adolescentes con TCA, lo cual se encuentra en línea con la conceptualización planteada por Shafran, Cooper y Fairburn (2002), en el sentido de considerar a los TCA como una “expresión del perfeccionismo clínico” (Shafran et al., 2002, p. 783), en donde la búsqueda de estándares elevados se expresa a través de la propia sintomatología. Además, las asociaciones halladas en el presente estudio entre la dimensión adaptativa y las características de TCA fueron débiles, lo cual indica que este es un tópico en el que aún se debe profundizar.

Los resultados de este estudio permiten considerar a la Discrepancia como una dimensión desadaptativa o disfuncional del perfeccionismo, dada su asociación con la presencia de TCA y riesgo de TCA, así como con características asociadas a los mismos. Se destaca, por lo tanto, la importancia de su valoración en contextos clínicos, a fin de incluir intervenciones específicas para su abordaje. No obstante, los resultados relativos a las dimensiones adaptativas del perfeccionismo (Altos estándares y Orden) son menos concluyentes y ponen de manifiesto inconsistencias similares a las halladas en otros estudios (Bardone-Cone et al., 2008; Stoeber y Otto, 2006). La asociación de las dimensiones adaptativas con la Búsqueda de delgadez en las adolescentes con TCA lleva a considerar la importancia de profundizar en el estudio de dichas dimensiones en el terreno de estos trastornos, ya que de confirmarse dicha asociación en futuros estudios, podría concluirse que los dispositivos de abordaje de estos trastornos deberían incluir intervenciones que apunten no solo al trabajo sobre la Discrepancia, sino también sobre la imposición de estándares excesivamente elevados en relación con el cuerpo y la delgadez.

Entre las limitaciones del presente estudio debe mencionarse la imposibilidad de generalizar los resultados, debido al carácter no representativo de la muestra utilizada. Otra importante limitación está dada por la disparidad en el tamaño de los grupos estudiados. No obstante, la inclusión de adolescentes en función de la presencia vs. riesgo de TCA permite conocer la especificidad de la asociación entre las variables estudiadas en grupos con grados diversos de sintomatología, lo cual sin duda resulta relevante desde un punto de vista clínico. Sin embargo, el reducido número de participantes que conformó el grupo RTCA lleva a considerar que los resultados relativos a este grupo en particular deben ser tomados con cautela. Incrementar el tamaño de la muestra posibilitaría el contar con un mayor número de casos con riesgo, brindando mayor homogeneidad a los datos al realizar comparaciones intergrupo. Por último, a fin de profundizar en el estudio de las dimensiones del perfeccionismo, en futuras investigaciones sería importante incluir variables relativas a bienestar psicológico

y evaluar su asociación con las dimensiones adaptativas del rasgo, ya que esto permitiría una mejor comprensión de las mismas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Ninguno.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *Feeding and eating disorders: DSM-5 selections*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. y Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143–1154.
- Arana, F. G., Keegan, E. G. y Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar*, 9, 35–53.
- Arana, F. G., Scappatura, M. L., Lago, A. y Keegan, E. G. (2007). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo y malestar psicológico en estudiantes universitarios argentinos: Un estudio exploratorio utilizando el APS-R. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación del Mercosur*. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-073/116.pdf>
- Arana, F. G., Scappatura, M. L., Miracco, M., Elizathe, L., Rutzstein, G. y Keegan, E. G. (2010). Perfeccionismo positivo/negativo y percepción de calidad de vida en estudiantes de psicología, medicina e ingeniería de la ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 17–24.

- Ashby, J. S., Kottman, T. y Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling, 20*(3), 261–271.
- Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy, 45*(8), 1977–1986.
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F. y Joiner, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 27–42.
- Bardone-Cone, A. M., Joiner, T. E., Crosby, R. D., Crow, S. J., Klein, M. H., Le Grange, D., et al. (2008). Examining a psychosocial interactive model of binge eating and vomiting in women with bulimia nervosa and subthreshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 46*(7), 887–894.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 384–405.
- Barnett, M. D. y Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among US college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences, 99*, 225–234.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. y Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*(2), 147–152.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P. y Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 428–438.
- Boone, L., Soenens, B. y Braet, C. (2011). Perfectionism, body dissatisfaction, and bulimic symptoms: The intervening role of perceived pressure to be thin and thin ideal internalization. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(10), 1043–1068.
- Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M. y Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite, 59*(2), 531–540.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today, 14*(6), 34–52.
- Chang, E. C. (2006). Perfectionism and dimensions of psychological well-being in a college student sample: A test of a stress-mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(9), 1001–1022.
- Chang, E. C., Ivezaj, V., Downey, C. A., Kashima, Y. y Morady, A. R. (2008). Complexities of measuring perfectionism: Three popular perfectionism measures and their relations with eating disturbances and health behaviors in a female college student sample. *Eating Behaviors, 9*(1), 102–110.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., et al. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 26*(6), 745–758.
- Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P. y Douilliez, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences, 53*(6), 774–778.
- Dickie, L., Wilson, M., McDowall, J. y Surgenor, L. J. (2012). What components of perfectionism predict drive for thinness? *Eating Disorders, 20*(3), 232–247.
- Dour, H. J. y Theran, S. A. (2011). The interaction between the superhero ideal and maladaptive perfectionism as predictors of unhealthy eating attitudes and body esteem. *Body Image, 8*(1), 93–96.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317–360). New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509–528.
- Ferreira, C., Trindade, I. A. y Ornelas, L. (2015). Exploring drive for thinness as a perfectionistic strategy to escape from shame experiences. *Spanish Journal of Psychology, 18*, e29.
- Flett, G. L., Panico, T. y Hewitt, P. L. (2011). Perfectionism, type A behavior, and self-efficacy in depression and health symptoms among adolescents. *Current Psychology, 30*(2), 105–116.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X. y Alvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review, 13*(1), 61–70.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449–468.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. y Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine, 46*(3), 255–266.
- Goldner, E. M., Cockell, S. J. y Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. En G. L. Flett y P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319–340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Lozano-Blanco, C. y Barry, D. T. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 35*(1), 80–85.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1799–1805.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 15*(1), 27–33.
- Haring, M., Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *Journal of Marriage and Family, 65*(1), 143–158.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*(4), 317–326.
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., et al. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research, 220*(1), 500–506.
- Hollender, M. H. (1965). *Perfectionism*. *Comprehensive Psychiatry, 6*(2), 94–103.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine, 30*(6), 1399–1410.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review, 26*(3), 299–320.

- Lo, A. y Abbott, M. J. (2013). Review of the theoretical, empirical, and clinical status of adaptive and maladaptive perfectionism. *Behaviour Change*, 30(2), 96–116.
- McLaren, L., Gauvin, L. y White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 307–313.
- Milos, G., Spindler, A. y Schnyder, U. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(3), 179–184.
- Moor, S., Vartanian, L. R., Touyz, S. W. y Beumont, P. J. V. (2004). Psychopathology of EDNOS patients: To whom do they compare? *Clinical Psychologist*, 8(2), 70–75.
- Patch, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386–390.
- Patterson, R. E., Wang, K. T. y Slaney, R. B. (2012). Multidimensional perfectionism, depression and relational health in women with eating disturbances. *Eating Behaviors*, 13(3), 226–232.
- Paulson, L. R. y Rutledge, P. C. (2014). Effects of perfectionism and exercise on disordered eating in college students. *Eating Behaviors*, 15(1), 116–119.
- Pearson, C. A. y Gleaves, D. H. (2006). The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 225–235.
- Peck, L. D. y Lightsey, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184–193.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., et al. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443–1453.
- Pratt, E. M., Telch, C. F., Labouvie, E. W., Wilson, G. T. y Agras, W. S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177–186.
- Rh eaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., et al. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 119–128.
- Rice, K. G. y Aldea, M. A. (2006). State dependence and trait stability of perfectionism: A short-term longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 205–213.
- Rice, K. G., Ashby, J. S. y Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 304–314.
- Rice, K. G., Lopez, F. G. y Vergara, D. (2005). Parental/social influences on perfectionism and adult attachment orientations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 580–605.
- Rice, K. G. y Pence, S. L. (2006). Perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(2), 103–111.
- Rodríguez, T., Beato, L., Mata, B., Rojo, L. y Vaz, F. J. (2016). Perfectionism, a transdiagnostic construct in eating disorders. *European Psychiatry*, 33, S431.
- Ruggiero, G. M., Levi, D., Ciuna, A. y Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 220–226.
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M. L., Murawski, B. y Elizathe, L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 1–14.
- Rutzstein, G., Maglio, A., Armatta, A. M., Leonardelli, E., López, P., Moiseeff, C., et al. (2006). Adaptación ling stica y conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004): Un estudio piloto. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación en Psicología del Mercosur*. Disponible en: <https://www.academica.org/000-039/564.pdf>
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Arana, F., Armatta, A. M. y Leonardelli, E. (2010). Trastornos alimentarios en adolescentes: Un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 329–346.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 48–61.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L. y Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y autoestima a través del continuo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 39–49.
- Saboonchi, F., Lundh, L. G. y  st, L. G. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 799–808.
- Scappatura, M. L., Arana, F. G., Elizathe, L. y Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: Un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones*, 17, 81–88.
- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791.
- Sherry, S. B. y Hall, P. A. (2009). The perfectionism model of binge eating: Tests of an integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 690–709.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Besser, A., McGee, B. J. y Flett, G. L. (2004). Self-oriented and socially-prescribed perfectionism in the Eating Disorder Inventory perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 69–79.
- Slaney, R. B. y Ashby, J. S. (1996). Perfectionists: Study of a criterion group. *Journal of Counseling and Development*, 74(4), 393–398.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. y Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130–145.
- Sociedad Argentina de Pediatr a. (1986). *Criterios de diagnóstico y tratamiento: Crecimiento y desarrollo*. Buenos Aires: Roemmers.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Vandereycken, W., Luyten, P., Sierens, E. y Goossens, L. (2008). Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 144–152.
- Soreni, N., Streiner, D., McCabe, R., Bullard, C., Swinson, R., Greco, A., et al. (2014). Dimensions of perfectionism in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 136–146.
- Stoerber, J. y Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295–319.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D. y Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663–668.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147.
- Wade, T. D., O'Shea, A. y Shafran, R. (2016). Perfectionism and eating disorders. En F. M. Sirois y D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 205–222). New York, NY: Springer.
- Wade, T. D. y Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 1(2), 1–6.
- Wade, T. D., Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M. y Austin, S. B. (2015). How perfectionism and ineffectiveness influence

- growth of eating disorder risk in young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 56–63.
- Wang, K. T., Yuen, M. y Slaney, R. B. (2009). Perfectionism, depression, loneliness, and life satisfaction a study of high school students in Hong Kong. *Counseling Psychologist*, 37(2), 249–274.
- Wifley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B. y Fairburn, C. G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 259–267.