

El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

Isabel Laporta-Herrero¹, María Pilar Delgado Miguel², Soraya Rebollar González², y Carmen Lahuerta Pueyo²

¹Universidad Nacional de Educación a Distancia (España);

²Servicio Aragonés de Salud (España)

El perfeccionismo ha sido considerado un factor de riesgo significativo para la psicopatología y una característica de personalidad típica en las personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Este estudio pretende conocer la relación entre el perfeccionismo y la sintomatología depresiva, autoestima e insatisfacción corporal en adolescentes diagnosticados de TCA. La muestra se compuso de 100 adolescentes (M edad = 14,91, DT = 1,094) diagnosticados de TCA que acudían ambulatoriamente a una unidad específica de TCA infanto-juvenil del Sistema Nacional de Salud. Todos los pacientes cumplieron la escala perfeccionismo del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3), el Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI-II), la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), y el Cuestionario sobre la Forma Corporal (BSQ-34). Los resultados indican que la escala perfeccionismo del EDI-3 correlaciona significativamente de forma positiva con el CEDI-II ($r = ,336, p = ,001$) y BSQ-34 ($r = ,199, p = ,45$), y de forma negativa con el RSES ($r = -,337, p = ,001$). Los adolescentes diagnosticados de TCA que puntúan más alto en perfeccionismo presentan mayor sintomatología depresiva e insatisfacción corporal, y menor autoestima. Consideramos que un abordaje específico sobre el perfeccionismo podría redundar en una mejoría psicopatológica de estos pacientes.

Palabras clave: perfeccionismo, adolescentes, trastornos de la conducta alimentaria.

Perfectionism in adolescents with eating disorders. Perfectionism has been considered a significant risk factor for psychopathology and a typical personality characteristic in people suffering from eating disorders (ED). This study aims to know the relationship between perfectionism and depressive symptomatology, self-esteem and body dissatisfaction in adolescents diagnosed with ED. The sample was composed by 100 adolescents (M age = 14.91, SD = 1.094) diagnosed with ED who went outpatiently to a specific child-juvenile ED unit of the National Health System. All patients completed the perfectionism scale of the Inventory of Eating Disorders (EDI-3), the Spanish Child Depression Questionnaire (CEDI-II), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and the Body Form Questionnaire (BSQ-34). Results indicate that the perfectionism scale of EDI-3 correlates significantly positively with CEDI-II ($r = ,336, p = ,001$) and BSQ-34 ($r = ,199, p = ,45$), and in a negative way with the RSES ($r = -,337, p = ,001$). Adolescents diagnosed with ED who score higher on perfectionism show greater depressive symptoms and body dissatisfaction, and lower self-esteem. We believe that emphasizing the treatment of perfectionism could result in a psychopathological improvement of these patients.

Keywords: perfectionism, adolescents, eating disorders.

Hollander (1978) fue el primer autor que definió el perfeccionismo como la práctica de exigirse a uno mismo o a los demás una mayor calidad de rendimiento de lo que es requerido por la situación. Para Burns (1980) las personas perfeccionistas establecen metas imposibles y, en función del logro de estas metas, definen su autoestima. No obstante, el perfeccionismo tiene aspectos neuróticos/negativos y normales/positivos (Terry-Short, Owens, Slade, y Dewey, 1995). Las personas con un perfeccionismo normal/positivo luchan por metas reales motivadas por el refuerzo positivo, lo que les produce un sentimiento de satisfacción. Por otro lado, las personas con un perfeccionismo neurótico/negativo luchan por metas irreales motivadas por una incapacidad para tolerar el fracaso/fallo.

El perfeccionismo ha sido considerado un predictor de mal ajuste y estrés en la adolescencia (Nilsson, Sundbom, y Hagglof, 2008), y un factor de riesgo significativo para la psicopatología (Taylor, Couper, y Butler, 2017). Este constructo ha sido relacionado con la depresión (Casale, Fioravanti, Rugai, Flett, y Hewitt, 2019), baja autoestima (Smith et al., 2017) e insatisfacción corporal (Yang et al., 2017). En cuanto a las relaciones establecidas entre estos conceptos, se ha encontrado que el perfeccionismo auto-orientado media parcialmente la relación entre la insatisfacción corporal y la sintomatología alimentaria (Teixeira, Pereira, Marques, Saraiva, y de Macedo, 2016). Además, el perfeccionismo, el sobrepeso percibido y la autoestima baja predicen parcialmente el desarrollo de síntomas bulímicos (Vohs et al., 2001). Asimismo, la autoestima ha sido propuesta como mediadora entre el perfeccionismo y la depresión (Cha, 2016; Moroz y Dunkley, 2015); también como mediadora transdiagnóstica entre el perfeccionismo y la sintomatología alimentaria (Puttevils, Vanderhasselt, y Vervae, 2019). Recientemente se ha sugerido que la interacción entre perfeccionismo y autoestima en el impulso por la delgadez puede actuar como transdiagnóstico, aunque este efecto no se ha encontrado en cada paciente diagnosticado de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) por separado (Puttevils et al., 2019).

El perfeccionismo ha sido conceptualizado como una característica de personalidad típica en las personas que sufren TCA. Fairburn, Cooper, y Shafran (2003) proponen un enfoque transdiagnóstico de los TCA, tras observar que los pacientes compartían características clínicas distintivas y procesos patológicos genéricos psicopatológicos, y solía darse una evolución transdiagnóstica temporal desde la anorexia nerviosa (adolescencia media) hacia la bulimia nerviosa (adolescencia avanzada o comienzos de la edad adulta). Para ellos, uno de los procesos genéricos mantenedores del trastorno, que suele ser un obstáculo para el cambio terapéutico, es el perfeccionismo clínico, caracterizado por basar la autoestima en el logro a pesar de las consecuencias adversas (Shafran, Cooper, y Fairburn, 2002).

Existe una sólida evidencia científica de la relación entre el perfeccionismo y los TCA en adultos (Limburg, Watson, Hagger, y Egan, 2017). En niños y adolescentes,

se ha encontrado una asociación entre el perfeccionismo y los TCA en muestras no clínicas infanto-juveniles (Kerr, Watkins, y Jones, 2016; Wade et al., 2015). Sin embargo, es escasa la literatura científica en muestras clínicas de niños y adolescentes diagnosticados de TCA. La mayoría de las investigaciones son estudios pilotos o sitúan el foco en la anorexia nerviosa (Castro et al., 2004; Kerr, Watkins, y Jones, 2016; Kirsh, McVey, Tweed, y Katzman, 2007). No obstante, se conoce que los niños y adolescentes con TCA son más perfeccionistas que los controles (Castro et al., 2004), en grupos comparativos (Kirsh et al., 2007) y en grupos normativos (Kerr et al., 2016). Los adolescentes hospitalizados con diagnóstico de TCA que puntuaban alto en perfeccionismo tardan más tiempo en alcanzar el 85% del peso corporal ideal durante la hospitalización (Phillips et al., 2010) y es más probable el reingreso (Vall y Wade, 2017). Johnston et al., 2018, en un estudio con una muestra de 175 niños y adolescentes diagnosticados de TCA, concluyeron que el perfeccionismo se asociaba a sintomatología alimentaria y predecía una menor probabilidad de remisión a los 12 meses de evolución. Drieberg, McEvoy, Hoiles, Shu, y Egan (2019) hallaron que la ansiedad y la depresión mediaban la relación entre el perfeccionismo y la sintomatología TCA, y que existía una relación recíproca por la cual los TCA mediaban la asociación entre el perfeccionismo y la ansiedad y/o depresión.

Dado la escasa literatura científica que hay en la actualidad sobre el tema en cuestión, consideramos que este estudio podría aportar resultados novedosos y suponer aportaciones relevantes dirigidas tanto a la prevención como al tratamiento de los adolescentes con TCA. El objetivo principal de esta investigación es conocer la relación que se establece entre el perfeccionismo y la sintomatología depresiva, autoestima e insatisfacción corporal en adolescentes diagnosticados de TCA.

MÉTODO

Participantes

La muestra se compuso de 100 pacientes diagnosticados de TCA según DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). El 20% presentaba anorexia nerviosa restrictiva, 20% anorexia nerviosa purgativa, 20% bulimia nerviosa, y 40% de trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Todos los pacientes acudían de forma ambulatoria a la consulta de una unidad específica de TCA infanto-juvenil del Sistema Nacional de Salud. El 89% eran mujeres, frente al 11% hombres, con edades comprendidas entre los 13 y 16 años ($M= 14,91$, $DT= 1,094$). El índice de masa corporal (IMC) medio de los pacientes fue de 21,66 ($DT= 6,192$). El 41% de la muestra vivía en zonas rurales y el 59% en zonas urbanas. El 66% asistía a un centro escolar público frente al 34% que acudía a un centro escolar concertado-privado (Tabla 1).

Instrumentos

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorders Inventory-3, EDI-3) de Garner (2004), adaptado en población española por Elousa, López-Jáuregui, y Sánchez-Sánchez (2010). Permite la exploración de características psicológicas y la presencia de TCA. Se compone de 91 ítems con 12 escalas principales: tres escalas que son específicas de TCA (bulimia, insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez) y nueve escalas psicológicas generales (perfeccionismo, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, baja autoestima, desajuste emocional, déficit interoceptivo, ascetismo, y miedo a madurar) que no son específicas de TCA pero son en gran medida relevantes. Facilita seis índices: uno que es específico de los TCA (riesgo de TCA), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (exceso de control, problemas afectivos, problemas interpersonales, ineficacia y desajuste psicológico general). Obtiene altos niveles de consistencia interna en todos los grupos diagnósticos (Elousa et al., 2010). Para nuestro estudio, únicamente tuvimos en cuenta las puntuaciones de la escala psicológica perfeccionismo, que está compuesta por 6 ítems. Esta escala cuenta con una buena validez (Friborg, Clausen, y Rosenvinge, 2013) y una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = ,80) (Drieberg et al., 2019).

Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI-II) de Rodríguez-Sacristán et al. (1984). Es una adaptación en español del Inventario de Depresión para niños (CDI) de Kovacs (1992). Explora síntomas depresivos (apatía, estado de ánimo, irritabilidad, pesimismo, preocupación, elevada autocrítica, tristeza, baja autoestima, rebeldía, inseguridad, indecisión y sentimientos de soledad, culpabilidad y fracaso) en niños y adolescentes. La segunda forma llamada CEDI-II es para adolescentes con una edad comprendida entre los 11 y los 16 años. Está compuesta de 16 ítems con cuatro opciones de respuesta. Se considera sin depresión una puntuación por debajo de 7 se considera, depresión ligera una puntuación entre 7-12 puntos, depresión moderada una puntuación entre 13-17, y depresión grave una puntuación igual o mayor de 18 puntos.

Escala de Autoestima (Self-esteem Scale, RSES) de Rosenberg (1965). Adaptada en población española por Vázquez, Jiménez, y Vázquez (2004) con unos indicadores de bondad psicométricos adecuados. Es una de las escalas que más se ha utilizado para medir globalmente la autoestima en adolescentes e incluye contenidos centrados en la aceptación de sí mismo y los sentimientos de respeto. Una puntuación de 30 a 40 puntos corresponde a una autoestima elevada-normal; una puntuación de 26 a 29 puntos indica una autoestima media, no muestra problemas graves, pero es conveniente mejorarla; y una puntuación menor a 25 puntos implica una autoestima baja, que indica que existen problemas significativos de autoestima. Cuenta con una satisfactoria fiabilidad temporal y una alta consistencia interna (Vázquez et al., 2004).

Cuestionario sobre la Forma Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ-34) de Cooper, Taylor et al. (1987). Raich et al. (1996) lo adaptaron a población española obteniendo unas garantías psicométricas aceptables. Evalúa la insatisfacción corporal, el deseo de perder peso, la autodesvalorización por la apariencia física, el miedo a engordar, y la evitación de situaciones en las que se expone la apariencia física. Incluye cuatro subescalas: insatisfacción corporal, baja estima por la apariencia, miedo a engordar, y deseo de perder peso. Se compone de 34 ítems con respuestas tipo Likert de 0 (“nunca”) a 6 puntos (“siempre”). La puntuación total fluctúa entre 34 y 204, siendo el punto de corte establecido de 105 puntos. Una mayor puntuación implica una mayor insatisfacción corporal. Cooper y Taylor (1988) establecieron cuatro niveles de preocupación por la imagen corporal en función de la puntuación total: una puntuación inferior a 80 indica que no hay preocupación, una puntuación entre 81 y 100 que existe una leve preocupación, una puntuación entre 111 y 140 representa una preocupación moderada y una puntuación mayor de 141 puntos muestra una preocupación extrema. Obtiene una alta consistencia interna, alfa de Cronbach entre ,95 y ,97.

Procedimiento

Se trata de un diseño cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal puesto que estudiamos las variables en un momento temporal concreto.

Se recogieron de forma retrospectiva los resultados de las puntuaciones de los cuestionarios de las historias clínicas de los pacientes, tras haber obtenido el permiso de los responsables de la unidad. Estos cuestionarios forman parte de la práctica clínica habitual. Están incluidos en el protocolo inicial de evaluación psicodiagnóstica que se realiza a cada paciente que acude por primera vez a la unidad de TCA infanto-juvenil. Estos pacientes son derivados por su médico de atención primaria ante la sospecha de TCA. Es el psiquiatra o el psicólogo clínico de la unidad el que establece el diagnóstico según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), y es éste último el que se encarga de realizar la evaluación psicométrica de cada paciente que inicia tratamiento en el servicio. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión por cuestiones metodológicas y de homogeneización: los pacientes tenían que cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) para los TCA, tenían que tener una edad entre 13 y 16 años, y tenían que haber cumplimentado los cuestionarios en su totalidad. Para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato, cumpliendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, se asignó un código a cada paciente con información relativa al sexo, edad, diagnóstico, población y tipo de centro escolar, junto con los resultados de los cuestionarios.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico para Windows SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 19. Se llevaron a cabo estadísticos descriptivos y correlaciones de Pearson entre las principales variables de estudio.

RESULTADOS

En primer lugar, realizamos un análisis descriptivo de los principales resultados de los cuestionarios en la muestra total ($n=100$) (Tabla 2). Y, a continuación, analizamos los resultados por categorías de los cuestionarios CEDI-II, RSES y BSQ-34.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas de la muestra de estudio ($n=100$)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	11 11,0%
	Mujer	89 89,0%
Población	Medio rural	41 41,0%
	Medio urbano	59 59,0%
Centro escolar	Público	66 66,0%
	Concertado/privado	34 34,0%
Índice de masa corporal (IMC)	Infrapeso (IMC < 17)	25 25,0%
	Bajo peso (IMC = 17-20)	24 24,0%
	Normal (IMC = 20-25)	30 30,0%
	Sobrepeso (IMC = 25-30)	13 13,0%
	Obeso (IMC > 30)	8 8,0%

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los resultados de los cuestionarios CEDI-II, RSES, BSQ-34 y escala perfeccionismo (EDI-3)

	Mínimo	Máximo	Media	DT
CEDI-II	1	35	14,83	8,165
RSES	12	38	25,76	6,414
BSQ-34	0	163	87,09	47,626
Escala perfeccionismo (EDI-3)	1	99	41,30	25,811

Tabla 3. Resultados por categorías de los resultados de los cuestionarios CEDI-II, RSES y BSQ-34

	Frecuencia	Porcentaje
CEDI-II	No depresión (<7)	16 16,0%
	Depresión ligera (7-12)	26 26,0%
	Depresión moderada (13-17)	25 25,0%
	Depresión grave (>18)	33 33,0%
RSES	Autoestima baja (<25)	44 44,0%
	Autoestima media (26-29)	18 18,0%
	Autoestima elevada (30-40)	38 38,0%
BSQ-34	No preocupación (<80)	44 44,0%
	Leve preocupación (81-110)	14 14,0%
	Moderada preocupación (111-140)	29 29,0%
	Extrema preocupación (>141)	13 13,0%

En la Tabla 3 se puede ver como la mayoría de la muestra de estudio presenta depresión grave (33%) y autoestima baja (44%). Un 56% de la muestra expone leve, moderada o extrema preocupación por su cuerpo, frente al 44% que no refiere preocupación por su imagen corporal.

En segundo lugar, analizamos las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de la escala perfeccionismo del EDI-3, la sintomatología depresiva evaluada con el CEDI-II, la autoestima medida con el RSES, y la insatisfacción corporal con el BSQ-34. Como se observa en la Tabla 4, la escala perfeccionismo del EDI-3 correlaciona significativamente de forma positiva con el CEDI-II ($r = ,336, p = ,001$) y BSQ-34 ($r = ,199, p = ,45$), y de forma negativa con el RSES ($r = -,337, p = ,001$).

Tabla 4. Correlaciones entre las puntuaciones de los cuestionarios CEDI-II, RSES, BSQ-34 y escala perfeccionismo (EDI-3)

		Escala perfec. (EDI-3)	CEDI-II	RSES	BSQ-34
Escala perfec. (EDI-3)	Correlación Pearson	1	,336**	-,337**	,199*
	Sig.		,001	,001	0,45
CEDI-II	Correlación Pearson	,336**	1	,606**	,486**
	Sig.	,001		,000	,000
RSES	Correlación Pearson	-,337**	-,606**	1	-,490**
	Sig.	,001	,000		,000
BSQ-34	Correlación Pearson	,199*	,486**	-,490**	1
	Sig.	,048	,000	,000	

*La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral). **La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral). Perfec. = Perfeccionismo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio tenía como objetivo principal determinar la relación entre el perfeccionismo y la autoestima, sintomatología depresiva e insatisfacción corporal en adolescentes con TCA. Los resultados indican que los adolescentes diagnosticados de TCA que puntúan más alto en perfeccionismo presentan mayor sintomatología depresiva e insatisfacción corporal, y menor autoestima. Estos resultados van en la línea de estudios previos como el de Casale et al. (2019) que relacionaba el perfeccionismo con la depresión, el de Smith et al. (2017) con la baja autoestima, y el de Yang et al. (2017) que asociaban el perfeccionismo y la insatisfacción corporal.

Entre las aportaciones para la práctica clínica de este estudio cabe señalar el tratamiento necesario que debe realizarse sobre el perfeccionismo en los adolescentes diagnosticados de TCA. La teoría sugiere que hay dos formas de combatir el perfeccionismo inadecuado (Marshall et al., 2015). Primero, los cuidadores pueden tratar de cambiar la forma o la frecuencia del pensamiento perfeccionista, como cuando por ejemplo los padres dejan de insistir en que los adolescentes luchen por un nivel excesivamente alto. Otra forma puede ser a través del profesional ya que éste puede tratar de desafiar el pensamiento perfeccionista del adolescente haciendo uso de la

reestructuración cognitiva. Sin embargo, recientes investigaciones sugieren que tales estrategias de reestructuración cognitiva a veces fallan, especialmente con los jóvenes (Brockman, Ciarrochi, Parker, y Kashdan, 2017). Una segunda forma de combatir el perfeccionismo inadaptado es cambiar la relación de una persona con sus pensamientos, ya que uno mismo puede aumentar el impacto de un pensamiento perfeccionista al tratarlo como verdadero. Esto ocurre si, por ejemplo, un adolescente dice “nunca soy lo suficientemente bueno” y el padre puede crear un “contexto de literalidad” respondiendo: “eso es porque nunca te esfuerzas lo suficiente”. De esta forma, el padre le está enseñando al adolescente que el pensamiento es verdadero y debe ser respondido. Por el contrario, el padre puede reducir la reactividad al pensamiento contestando en su lugar: “Sé cómo te sientes. A veces siento que tampoco soy lo suficientemente bueno, pero sé que sólo es un pensamiento en mi cabeza. Todos cometemos errores”. En este contexto, al adolescente se le enseña que se puede experimentar un pensamiento perfeccionista como un evento pasajero y normal al que se le puede responder con autocompasión en lugar de con una “verdad” vinculante que dicta cómo “se debe sentir” y “debe actuar” (Levin, Luoma, y Haeger, 2015). La terapia cognitivo-conductual “mejorada” (*Enhanced-Cognitive Behavioral Therapy*), basada en la teoría transdiagnóstica de Fairburn et al. (2003), tiene un módulo centrado en el perfeccionismo que ha mostrado su eficacia en adolescentes (Dallegrave, Calugi, El Ghoch, Conti, y Fairburn, 2014; Dallegrave, Calugi, Sartirana, y Fairburn, 2015).

El estudio presenta una serie de limitaciones que han de tenerse en cuenta, además de considerar que se trata de un estudio de carácter descriptivo. No se ha realizado selección aleatoria de la muestra, no se trata de un estudio experimental y pueden existir variables no controladas que afecten a las relaciones entre las variables. Asimismo, queda a criterio de los participantes la sinceridad de sus respuestas ya que se han utilizado medidas de autoinforme. Además de ello, hemos utilizado una escala de un cuestionario (EDI-3) con sólo 6 ítems para evaluar el perfeccionismo. Aunque esta escala es la que se utiliza más frecuentemente para medir el perfeccionismo en muestras clínicas de TCA (Bardone-Cole et al., 2007) y cuenta con una adecuada validez (Friborg et al., 2013) y consistencia interna (Drieberg et al., 2019), podríamos haber tenido en cuenta otros instrumentos para evaluar el perfeccionismo en adolescentes como el *Child and Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS) de Flett et al. (1997), que fue adaptado a población española por Castro et al. (2004) y que cuenta con dos escalas: perfeccionismo auto-orientado y perfeccionismo prescrito socialmente.

Otras líneas de investigación futuras podrían considerar otros instrumentos de evaluación más completos para evaluar el perfeccionismo como el de Flett et al. (1997), replicar la investigación en muestras clínicas con un mayor número de sujetos, y tener en cuenta otro tipo de variables que pudieran estar relacionadas con el perfeccionismo en adolescentes diagnosticados de TCA.

Como conclusión cabe señalar la importancia que tiene el perfeccionismo en adolescentes con TCA, ya que hemos visto como éste se relaciona con mayor sintomatología depresiva, mayor insatisfacción corporal y menor autoestima. Consideramos que un abordaje específico sobre el perfeccionismo podría redundar en una mejoría psicopatológica de estos pacientes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bardone-Cole, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S., y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.005
- Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P., y Kashdan, T. Emotion regulation strategies in daily life: mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 91-113. doi:10.1080/16506073.2016.121826
- Burns, D.D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*. New York: New American Library.
- Casale, S., Fioravanti, G., Rugai, L., Flett, G.L., y Hewitt, P.L. (2019). What lies beyond the superordinate trait perfectionism factors? The perfectionistic self-presentation and perfectionism cognitions inventory versus the big three perfectionism scale in predicting depression and social anxiety. *Journal of Personality Assessment*, 24. doi:10.1080/00223891.2019.1473429
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 382-398. doi:10.16/j.jadohealth.2003.11.094
- Cha, M. (2016). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 88, 148-159. doi:10.1016/j.paid.2015.09.008
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, P.J., y Taylor, M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 32-36.
- Dallegrove, R., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., y Fairburn, C.G. (2014). Inpatient cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: Immediate and longer term effects. *Frontiers in Psychiatry*, 5. doi:10.3389/fpsy.2014.00014
- Dallegrove, R., Calugi, S., Sartirana, M., y Fairburn, C.G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with and eating disorder who are not underweight. *Behavior Research and Therapy*, 73, 79-82. doi:10.1016/j.brat.2015.07.014
- Drieberg, H., McEvoy, P.M., Hoiles, K.J., Shu, C.Y., y Egan, S.J. (2019). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*, 32, 53-59. doi:10.1016/j.eatbeh.2018.12.002
- Elousa, P., López-Jáuregui, A., y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Manual técnico con la adaptación al euskera del Eating Disorder Inventory-3*. Madrid: TEA Ediciones.

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Boucher, D.J., Davidson, L.A., y Munro, Y. (1997). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation and association with adjustment*. Ontario, Canada: York University.
- Friborg, O., Clausen, L., y Rosenvinge, J.H. (2013). A five-item screening version of the Eating Disorder Inventory (EDI-3). *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1222-1228. doi:10.1016/j.comppsy.2013.05.004
- Garner, D. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Hollander, M.H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39(5), 384-390.
- Johnston, J., Shu, C.Y., Hoiles, K.J., Clarke, P.J.F., Watson, H.J., Dunlop, P.D., y Egan, S.J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating Behaviors*, 30, 55-60. doi:10.1016/j.etbeh.2018.05.008
- Kerr, C., Watkins, B., y Jones, F. (2016). Inflated responsibility and perfectionism in child and adolescent anorexia. *Advances on Eating Disorders*, 4(3), 309-314. doi:10.1080/21662630.2016.1217494
- Kirsh, G., Mcvey, G., Tweed, S., y Katzam, D.K. (2007). Psychosocial profiles of young adolescent females seeking treatment for an eating disorder. *The Journal of Adolescent Health*, 40(4), 351-356. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.003
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Levin, M.E., Luoma, J.B., y Haeger, J.A. (2015). Decoupling as a mechanism of change in mindfulness and acceptance: a literatura review. *Behavior Modification*, 39(6), 870-911. doi:10.1177/0145445515603707
- Limburg, K., Watson, H.J., Hagger, M.S., y Egan, S.J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1301-1326. doi:10.1002/jclp.22435
- Marshall, S.L., Parker, P.D., Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson, C.J., y Heaven, P.C. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, 116-121. doi:10.1016/j.paid.2014.09.013
- Moroz, M., y Dunkley, D.M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 87, 147-179. doi:10.1016/j.paid.2015.07.44
- Nilsson, K., Sundbom, E., y Hagglof, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 386-394. doi:10.1002/erv.850
- Phillips, R., Stewart, S.M., Presnell, K., Simmons, A., Kennard, B.D., Liss, D., y Setliff, S. (2010). Psychological variables impacting weight gain rapidity in adolescents hospitalized for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 376-384. doi:10.1002/erv.998
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M., y Vervaet, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *European Eating Disorders Review*, 7. doi:10.1002/erv.2666
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.

- Rodríguez-Sacristán, J., Cadorze, D., Rodríguez, J., Gómez-Añón, M. L., Benjumea, P., y Pérez, J. (1984). Sistemas objetivos de medida: experiencia con el Inventario Español de Depresiones Infantiles (CEDI). Modificado de Kovacs y Beck. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 65-74.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Shafran, R., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6.
- Smith, M.M., Sherry, S.B., Mushquash, A.R., Saklofske, D.H., Gautreau, C.M., y Nealis, L.J. (2017). Perfectionism erodes social self-esteem and generates depressive symptoms: Studying mother-daughter dyads using a daily diary design with longitudinal follow-up. *Journal of Research in Personality*, 71, 72-79. doi:10.1016/j.jrp.2017.10.001
- Taylor, E.P., Couper, R., y Butler, C.M. (2017). Adolescent perfectionism: Structural features of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale and correlates with attachment and psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 686-704. doi:10.1111/papt.12133
- Teixeira, M.D., Pereira, A.T., Marques, M.V., Saraiva, J.M., y de Macedo, A.F. (2016). Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(2), 135-140. doi:10.1590/1516-4446-2015-1723
- Vall, E., y Wade, T.D. (2017). Predictors and moderators of outcomes and readmission for adolescent inpatients with anorexia nervosa: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 21(2), 143-152. doi:10.1111/cp.12091
- Vázquez, A., Jiménez, R., y Vázquez, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg. Fiabilidad y validez en población clínica. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.
- Vohs, K.D., Voelz, Z.R., Pettit, J.W., Bardone, A.M., Katz, J., Abramson, L.Y., ... Joiner, T.F.J. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(4), 476-497. doi:10.1521/jscp.20.4.476.22397
- Yang, H., Yang, Y., Xu, L., Wu, Q., Xu, J., Weng, E., ... Cai, S. (2017). The relation of physical appearance perfectionism with body dissatisfaction among school students 9-18 years of age. *Personality and Individual Differences*, 116, 399-404. doi:10.1016/j.paid.2017.05.005

Recibido: 23 de septiembre de 2019

Recepción Modificaciones: 18 de mayo de 2020

Aceptado: 27 de marzo de 2020