



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

Perfeccionismo y aprecio corporal en mujeres que se
dedican al modelaje profesional

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

GONZÁLEZ LÓPEZ ROXANA KARINA

ASESOR: Dra. María del Consuelo Escoto Ponce de León

REVISORES: Dra. Brenda Sarahi Cervantes Luna

Lic. Maricruz Larios López



ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO DICIEMBRE DE 2019

Agradecimientos

Fue largo el camino para dar fin a esta etapa de mi vida, me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen un pequeño reconocimiento especial mis padres ya que con su apoyo, esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron apoyo día a día para no rendirme cuando todo parecía complicado e imposible.

Agradezco a mis hermanos que me dieron aliento cada día para poder llegar hasta aquí. Ojalá algún día yo me convierta en su apoyo, para que puedan seguir avanzando en su camino.

De igual forma, agradezco a mi asesora de tesis la Dra. Escoto, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo. Asimismo, agradezco a la Dra. Cervantes quien me ha acompañado y apoyado en este proceso, desde ir a las agencias a pesar y medir a las modelos hasta palabras de apoyo. A las profesoras que me han visto crecer como persona y gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichosa y contenta.

No puedo olvidar a mis amigas, quienes me dieron su apoyo incondicional para terminar este proceso.

Finalmente agradezco a los directores de las agencias de modelos, a las modelos profesionales y a las estudiantes quienes me brindaron su confianza y apoyo para participar en este estudio.

Índice

Resumen	11
Introducción	12
Capítulo I. Perfeccionismo	13
1.1 Definición y clasificación de perfeccionismo	13
1.2 Perfeccionismo y perfeccionismo sexual	14
1.3 Perfeccionismo y estima sexual	15
1.4 Perfeccionismo y estima corporal	16
1.5 Perfeccionismo e insatisfacción corporal	17
1.6 Perfeccionismo y psicopatología	17
1.6.1 Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario	17
1.6.2 Perfeccionismo y ansiedad	18
1.6.3 Perfeccionismo y trastorno obsesivo compulsivo	19
1.7 Tratamiento del perfeccionismo	20
1.7.1 Tratamiento psicodinámicos	20
1.7.2 Tratamiento cognitivo-conductual	21
1.7.3 Terapia Centrada en la emoción	24
1.7.4 Terapia Farmacológica	24
Capítulo II. Modelaje profesional	26
2.1 Definición de grupo de modelos profesionales	26
2.2 Cultura del modelaje	27
2.3 Estudios previos con modelos profesionales	28
Capítulo III. Metodología	30
3.1 Planteamiento del problema	30
3.2 Objetivo general	31
3.2.1 Objetivos específicos	31
3.3 Justificación	31
3.4 Hipótesis	32

3.5 Variables	33
3.6 Participantes	34
3.7 Instrumentos y medidas	35
3.8 Tipo de estudio y diseño	40
3.9 Procedimiento	41
3.10 Análisis de datos	41
Capítulo IV. Resultados	42
4.1 Descripción de la muestra	42
4.2 Comparaciones	43
Discusión	51
Conclusiones y limitaciones	53
Referencias	54
Anexos	63

Índice de tablas

Tabla 1: Promedio de datos antropométricos, de acuerdo al grupo	43
Tabla 2: Distribución del IMC, de acuerdo al grupo	44
Tabla 3: Comparación del perfeccionismo, de acuerdo al grupo	46
Tabla4: Comparación del perfeccionismo sexual, de acuerdo al grupo	47
Tabla 5: Comparación de la estima sexual, de acuerdo al grupo	48
Tabla 6: Comparación de la estima corporal, de acuerdo al grupo	49
Tabla7: Comparación de la insatisfacción corporal, de acuerdo al grupo	50

Índice de anexos

Anexo 1: Consentimiento informado para participantes mayores de edad	64
Anexo 2: Consentimiento informado para padres de familia	65
Anexo 3: Asentimiento informado	66
Anexo 4: Medida de los constructos que Subyacen al Perfeccionismo (M-CUP)	67
Anexo 5: Cuestionario Multidimensional de Perfeccionismo Sexual (MSPQ)	70
Anexo 6: Escala de Sexualidad (SS)	72
Anexo 7: Escala de Estima Corporal (BES)	75
Anexo 8: Subescala de Insatisfacción Corporal (EDI-FEMENINO)	76
Anexo 9: Estadísticos descriptivos de la Medida de los Constructos Subyacentes al Perfeccionismo para grupo de grupo de modelos profesionales y estudiantes	77
Anexo 10: Estadísticos descriptivos del Cuestionario Multidimensional de Perfeccionismo Sexual para de grupo de modelos profesionales y estudiantes emparejadas	79
Anexo 11: Estadísticos descriptivos de la Escala de Estima Sexual para grupo de modelos profesionales y estudiantes emparejadas	81
Anexo 12: Estadísticos descriptivos de la Escala de Estima Corporal para grupo de modelos profesionales y estudiantes emparejadas	82
Anexo 13: Estadísticos descriptivos de la Subescala de Insatisfacción Corporal para grupo de modelos profesionales y estudiantes emparejadas	84

Resumen

El propósito de la presente investigación fue caracterizar a dos grupos de mujeres mexicanas, un grupo de mujeres que se dedica al modelaje profesional y otro grupo de mujeres estudiantes. La caracterización se realizó en cuanto a perfeccionismo, perfeccionismo sexual, estima sexual, estima corporal y satisfacción corporal; además, se correlacionaron entre sí, las variables antes mencionadas. La muestra fue no probabilística, e incluyó 20 mujeres elegidas por conveniencia, las cuales se dedicaban al modelaje profesional, las cuales fueron emparejadas por edad con 40 mujeres control. El rango de edad de las participantes fue de 15 a 26 años, con una media de 19.60 ($DE = 3.35$). Las participantes y padres de las participantes menores de edad firmaron consentimiento informado, además, las participantes menores de edad firmaron asentimiento informado. Todas las participantes respondieron cinco instrumentos: la Medida de los Constructos que Subyacen al Perfeccionismo (M-CUP), el Cuestionario Multidimensional de Perfeccionismo Sexual (MSPQ), La Escala de Sexualidad (SS), la Escala de Estima Corporal (BES) y la subescala de Insatisfacción Corporal del Inventario de Trastornos Alimentarios (BD-EDI). Adicionalmente, las participantes fueron pesadas y medidas a fin de obtener su Índice de Masa Corporal. Los resultados indicaron que el grupo de modelos profesionales tenían un Índice de Masa Corporal en el rango “normal”, puntajes más altos en la subescala Atractivo Físico y Sexual (AFyS), de la Escala de Estima Corporal (BES), en comparación con el grupo control. Además de que se encontró que el grupo de estudiantes obtuvieron puntajes significativamente más altos que el grupo de mujeres modelos en cuanto a la subescala de Preocupación Sexual (PS) de la escala de Escala Sexual (SS).

Introducción

El perfeccionismo es un constructo multidimensional, que a su vez puede o no ser un rasgo patológico. Se define como la búsqueda constante de estándares excesivamente altos e inalcanzables de rendimiento, con intolerancia a los errores (Halmil et al., 2012).

A la fecha, existen diferentes investigaciones en relación con el perfeccionismo, el perfeccionismo sexual, la estima sexual, la estima corporal y la insatisfacción corporal, sin embargo, muy pocos son los estudios con mujeres que se dedican al modelaje profesional, por ello, el presente trabajo aborda una comparación de estas variables entre un grupo de modelos profesionales y un grupo de estudiantes, ya que el modelaje profesional es una profesión que exige mayores estándares en cuanto a apariencia física y/o personal.

La presente investigación comprende cuatro capítulos: el primer capítulo contiene una revisión de definiciones de perfeccionismo, su clasificación, naturaleza y causas y su relación con el funcionamiento psicológico. En el capítulo dos se hace una breve revisión del modelaje profesional y la cultura dentro del modelaje. En el tercer capítulo se presenta la metodología de la presente investigación, desde el planteamiento del problema y la pregunta de investigación, hasta el método utilizado para dar respuesta al propósito del estudio. En el capítulo cuatro se presentan los resultados de las comparaciones entre perfeccionismo, perfeccionismo sexual, estima sexual, estima corporal e insatisfacción corporal entre el grupo de modelos profesionales y el grupo estudiantes, las cuales fueron emparejadas por edad. Finalmente, se discuten los hallazgos, se presentan las conclusiones y las limitaciones del presente estudio.

Capítulo I

Perfeccionismo

1.1 Definición y clasificación de perfeccionismo

El perfeccionismo ha sido definido como un constructo multidimensional caracterizado por la tendencia a establecer altos estándares de desempeño, en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990).

El perfeccionismo es un constructo caracterizado por el establecimiento de estándares personales poco realistas, la autodevaluación si no se cumplen esos estándares, una preocupación extrema por los errores, dudas al considerar los logros personales y un énfasis extremo en la precisión y la organización (Hewitt y Flett, 1991).

Por otro lado, para Hamil et al. (2012), el perfeccionismo es un constructo multidimensional, generalmente definido como la búsqueda de estándares extremos e inalcanzables de rendimiento y la intolerancia a los errores.

En la concepción del perfeccionismo predomina el rasgo desadaptativo, es decir, en diferentes estudios se asocia a diversos cuadros psicopatológicos (Burns, 1980; Patch, 1984), así como problemas interpersonales y de funcionamiento familiar (Hewitt, Flett y Mikail, 1995; Haring, Hewit y Flett, 2003).

Hamacheck (1978) distingue entre dos tipos de perfeccionismo: 1) *perfeccionismo normal* (características positivas, socialmente deseadas, adaptativo y saludable en términos de funcionamiento psicológicos) y 2) *perfeccionismo neurótico* (búsqueda de metas y objetivos extremadamente elevados, así como por un intenso temor al fracaso y evitación del mismo).

Otros autores (Rice, Ashby y Slaney, 1998) menciona que hay dos tipos de perfeccionismo: perfeccionismo adaptativo y desadaptativo; incluso hablan de perfeccionismo positivo y negativo (Terry-Short, Owens, Slade y Dewey, 1995), perfeccionismo funcional y disfuncional (Rhéaume et al., 2000), perfeccionismo activo y pasivo (Adkins y Parker, 1996), perfeccionismo patológico y no patológico (Anthony y Swinson, 1998), entre otras denominaciones (Scappatura, Arana, Elizathe y Rutzstein, 2011).

Algunos autores prefieren denominar al perfeccionismo positivo o adaptativo como perfeccionismo saludable (Flett y Hewitt, 2006; Stoeber y Otto, 2006; Bardonne-Cone et al., 2008), o como altos estándares personales (Bardonne-Cone et al., 2008).

1.2 Perfeccionismo y perfeccionismo sexual

El perfeccionismo sexual puede aplicarse en distintos aspectos de la vida, incluida la de ser una pareja sexual perfecta. Un estudio reciente (Kluck, Zhuzha, Hughes, 2016), en el que participaron 208 mujeres de 19 a 50 años de edad, demostró que el perfeccionismo sexual prescrito por la pareja, se relacionó positivamente con una mayor autoconciencia de la apariencia física durante el sexo, lo que indica un papel desfavorable de esta dimensión. También se encontró un efecto indirecto del perfeccionismo sexual prescrito socialmente y prescrito por la pareja sobre el funcionamiento sexual a través de una mala comunicación diádica sobre el sexo y una mayor autoconciencia de la apariencia. El perfeccionismo sexual dirigido a sí mismo, fue menos problemático y se relacionó únicamente con una mejor comunicación diádica. En cambio, el perfeccionismo sexual dirigido por la pareja se relacionó de manera única con menor preocupación sobre la apariencia física del cuerpo, durante el sexo.

En conclusión, con respecto al funcionamiento personal, los estándares más altos dirigidos a la pareja sexual pueden ser menos problemáticos, pero la percepción de que

las parejas románticas espera que uno sea una pareja sexual perfecta, pueden tener efectos nocivos en la salud y el bienestar subjetivo.

En otro estudio (Snell, 1996), en donde participaron 116 mujeres matriculadas en diferentes cursos de psicología de una pequeña universidad del medio oeste durante el otoño de 1995, encontró que las mujeres que eran más perfeccionistas sexualmente (es decir, aquellas con mayor perfeccionismo sexual orientado a sí mismas) informaron: 1) mayor vigilancia sexual (es decir, una mayor preocupación y atención a la naturaleza pública de su imagen sexual); 2) apego más temeroso y despreciativo tanto con su padre como con su madre, así como un apego más temeroso, preocupado y despreciativo con su pareja sexual; y 3) menor probabilidad de sentirse cómodo y satisfecho con una aventura de una noche, así como mayor número de parejas sexuales de por vida. Otros resultados señalaron que las mujeres que tenían expectativas sexuales poco realistas y perfeccionistas para su pareja sexual (es decir, mayor perfeccionismo sexual dirigido por la pareja) informaron: 1) mayor conciencia de su propia "sensualidad"; 2) apego temeroso y despreciativo hacia su padre, apego despectivo con su madre y apego sexual romántico más temeroso, preocupado y desdeñoso con su pareja; y 3) mayor culpa y comodidad por su última experiencia sexual en la vida real, así como percepción de mayor presión de alguna pareja sexual, para tener relaciones sexuales.

1.3. Perfeccionismo y estima sexual

La relación del perfeccionismo y la estima sexual ha sido poco estudiada. Sin embargo, en un estudio longitudinal reciente (Stoeber y Harvey, 2016), en el que participaron, en un primer momento, 366 mujeres de entre 17 y 69 años de edad; y en un segundo momento (seis meses después) 164 mujeres, se encontró que: el perfeccionismo sexual prescrito por la pareja se relaciona positivamente con la ansiedad sexual, con la culpa sexual por los problemas sexuales y con mayor dolor durante las relaciones sexuales. Además, los autores de dicho estudio indicaron que la estima sexual se relacionó

negativamente con la estima sexual, el deseo, la excitación, la lubricación y la función orgásmica.

1.4 Perfeccionismo y estima corporal

Mientras que la relación entre el perfeccionismo y la estima corporal ha sido poco estudiada, la relación entre perfeccionismo e insatisfacción corporal ha sido más prolífera, especialmente en el contexto de los trastornos del comportamiento alimentario. Por ejemplo, Davis (1997) realizó un estudio en el que participaron 123 pacientes mujeres del hospital de Toronto (42 pacientes con anorexia nerviosa, 59 con bulimia nerviosa y 22 con trastornos alimenticios no especificados, de 20 a 35 años de edad). Los resultados de este estudio indicaron que el perfeccionismo normal se asocia positivamente con mayor estima corporal, pero solo cuando los niveles de perfeccionismo neurótico son bajos. Por el contrario, la baja estima corporal fue más pronunciada, cuando los perfeccionismos normal y neurótico se elevan.

En otro estudio (Rouveix, Bouget, Pannafieux, Champely, y Filaire, 2007), en el que participaron 24 atletas de judo (12 mujeres y 12 hombres), de 16 a 18 años y un grupo control de 31 sujetos sedentarios (14 mujeres y 17 hombres) de 20 a 23 años de edad, se encontró que los atletas de judo (hombres y mujeres) tuvieron puntajes similares en perfeccionismo, en comparación con el grupo control, sin embargo también una relevancia positiva entre estima corporal y los síntomas de los trastorno del comportamiento alimentario.

En oposición a los hallazgos previos, Dour y Theran (2011), encontraron que el perfeccionismo des adaptativo no se relacionó significativamente con la estima corporal, entre 161 estudiantes de secundaria (74 hombres y 87 mujeres) de 12 a 14 años de edad.

1.5 Perfeccionismo e insatisfacción corporal

En un estudio reciente (Chang, Yu, Chang y Jilani, 2016), en el que participaron 298 mujeres universitarias de 18 a 23 años de edad, que vivían en Estados Unidos (139 asiático-americanas y 159 europeo-americanas), se encontró que el perfeccionismo (ECP) predice la insatisfacción corporal entre las mujeres. Además, las mujeres con altos estándares personales tienen menor riesgo de insatisfacción corporal.

Otro estudio realizado en Portugal (Teixeira, Pereira, Marques, Saraiva, y Macedo, 2016), en el cual se evaluaron a 575 adolescentes de 11 a y 18 años de edad, se encontró que el perfeccionismo orientado a sí mismo, media la relación entre la insatisfacción corporal y los trastornos de comportamiento alimentario.

1.6 Perfeccionismo y psicopatología

Diferentes estudios han investigado la relación entre perfeccionismo y psicopatología (Shafran y Mansell, 2001; Stoeber et al., 2006; Egan, Wade y Shafran, 2011), por lo tanto, se considera al perfeccionismo, un proceso transdiagnóstico, refiriéndose a un factor de riesgo común o a un proceso que pudiera estar en la etiología y el mantenimiento de diversos trastornos (Egan et al., 2011).

1.6.1 Perfeccionismo y trastornos del comportamiento alimentario

En un estudio reciente (Scappatura, Bidacovich, Banasco y Rutzstein, 2017), se 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. En dicho estudio participaron 246 mujeres adolescentes, de 13 a 19 años de edad, divididas en tres grupos: 59 mujeres con TCA, 17 mujeres con riesgo de TCA y 170 mujeres sin TCA o riesgo; esto definido a través de

la entrevista para Examinación de Trastornos Alimentarios (EDE). En congruencia con los grupos de modelos profesionales 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 personales (dimensión adaptativa). Además, se hallaron asociaciones positivas entre Discrepancia y las características de los trastornos del comportamiento alimentario (medidas con el Inventario de Trastornos Alimentarios [EDI-3, por sus siglas en inglés]), excepto con la subescala de Miedo a madurar de dicho inventario. No obstante, en el grupo con TCA también se hallaron asociaciones positivas de las subescalas Altos Estándares Personal y Orden, con Búsqueda de Delgadez del EDI.

1.6.2 Perfeccionismo y ansiedad

Los estudios entre perfeccionismo y ansiedad, realizados con participantes deportistas han encontrado que la preocupación por los errores se asocia con varios efectos negativos, incluyendo ansiedad, baja confianza en sí mismo, orientación al fracaso y reacciones negativas por los errores cometidos durante la competencia (Frost y Henderson, 1991).

También entre 30 pacientes (Jain y Sudhir; 2010), con un diagnóstico de fobia social y 30 individuos control, los resultados indican que los participantes con fobia social tienen niveles más altos de perfeccionismo, mayor miedo a la evaluación negativa, ansiedad social, rasgo de ansiedad y depresión, en comparación con los participantes del grupo control; asimismo el grupo con fobia social presentó puntuaciones más altas en las escalas de preocupación por los errores, indecisión de acción y críticas paternas, además de que obtuvo puntuaciones más altas en la escala de presentación personal y perfeccionista.

En otro estudio (Saboonchi, Lundh y Öst; 1999), en donde participaron 52 pacientes con fobias sociales (8 hombres y 44 mujeres, con una edad media 33.6 años de edad), 55 pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia (19 hombres y 36 mujeres con una edad media de 34.5 años de edad) y 113 sujetos control (27 hombres y 86 mujeres, con una media de 30.6 años de edad), los resultados indicaron que, ante la preocupación por los errores y la indecisión de acción, las pacientes con fobia social obtuvieron puntajes más altos, que los pacientes con trastorno de pánico. Sin embargo, dentro de cada grupo de pacientes, el perfeccionismo estaba más fuertemente relacionado con la ansiedad social, que con la autoconciencia.

1.6.3 Perfeccionismo y trastorno obsesivo compulsivo

El perfeccionismo es un criterio de diagnóstico para el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (APA-1013; DSM-5). Lo anterior fue recientemente probado por Rodríguez-Jiménez, Blasco y Piqueras (2014), quienes demostraron las relaciones entre los tipos de sintomatología obsesivo-compulsiva y las dimensiones del perfeccionismo (orientado a sí mismo y socialmente orientado), en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 326 adolescentes entre 12 y 18 años, de los cuales 180 eran hombres y 146 mujeres. En general, los adolescentes con más sintomatología obsesivo-compulsivos, 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 orientado a sí mismo. De igual modo, ser mujer se mostró una variable predictora de la presencia de sintomatología obsesivo compulsiva en general y en todos los subtipos, excepto en neutralización.

1.7 Tratamiento del perfeccionismo

Para intervenir el perfeccionismo existen cuatro estudios diferentes tratamientos, los cuales son terapia psicodinámica-interpersonal (Vicent, 2014), terapia cognitivo conductual (Beck, 2011), terapia centrada en la emoción (Greenberg y Bolger, 2001) y terapia farmacológica (Blatt, 2004).

1.7.1 Tratamientos psicodinámicos

Los tratamientos psicodinámicos se centran en los mecanismos subyacentes del perfeccionismo y en el intento de alterar la estructura de la personalidad del paciente (Vicent, 2014). Existen diferentes tratamientos psicodinámicos: Blatt, Quinlan, Pilkonis y Shea (1995) sugieren que, para alcanzar el cambio terapéutico deseado, se necesita terapia psicoanalítica intensiva y a largo plazo, frente a las intervenciones breves. Mientras que Hewitt y Flett (2002) plantean un tratamiento a largo plazo de carácter intensivo, centrado en los antecedentes y motivaciones del perfeccionismo tales como estilos de apego, necesidades interpersonales de respeto, cariño, aceptación y pertenencia y la necesidad de evitar el rechazo, el abandono y la humillación.

Por su parte, Franchi (2010) plantea una posible estructura de intervención psicoterapéutica de mediano a largo plazo, en la que se focalice la realización de tareas con objetivos claramente definidos, con estrategias de intervención como la resolución de problemas y el logro de objetivos a corto plazo, así como estrategias a largo plazo dirigidas a los rasgos de autocrítica, intolerancia y postergación.

Sin embargo, se ha informado de algunos trabajos sobre psicoterapia grupal psicodinámica a corto plazo para perfeccionistas. Fredtoft, Poulsen, Bauer y Malm (1996) usaron una perspectiva de relaciones de objeto para enfocarse en asuntos relacionados con la separación de otros significativos en el tratamiento de los problemas relacionados

con la dependencia y el perfeccionismo. Sugirieron que una orientación psicodinámica, enfocada y a corto plazo puede producir cambios en el comportamiento perfeccionista.

1.6.2 Tratamiento cognitivo-conductual

El tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC) se basa en la conceptualización y la comprensión de las creencias y los patrones conductuales específicos del paciente, buscando las formas de producir el cambio cognitivo del sujeto, es decir, la modificación de su sistema de creencias y pensamientos, para lograr un cambio emocional y conductual (Beck, 2011).

Los primeros en utilizar este tipo de tratamientos fueron Barrow y Moore (1983) mediante una intervención en grupo que incluía estrategias destinadas a desarrollar la autoconciencia de los patrones perfeccionistas e interrumpir su sistema cognitivo desadaptativo. Mientras que Ferguson y Rodway (1994), en el contexto del trabajo social, utilizaron un diseño ABA basado en la identificación de los pensamientos automáticos y la reestructuración de las distorsiones cognitivas (autocrítica, dilación, dificultades en el tratamiento con retroalimentación y normas personales excesivamente elevadas), en declaraciones positivas de afrontamiento. Dicha intervención fue exitosa en ocho de los nueve clientes en los que se aplicó.

En un estudio, DiBartolo, Frost, Dixon y Almodóvar (2001), donde participaron 138 estudiantes universitarias estadounidenses, se examinó el efecto de dicha terapia sobre las respuestas perfeccionistas, ante una tarea de hablar en público. La intervención resultó más efectiva para los participantes con elevados niveles de Preocupación por los Errores, en comparación con aquellos con bajos niveles. Además, los cambios cognitivos en quienes recibieron el tratamiento se asociaron con menores niveles de ansiedad percibida en comparación con el grupo control.

En otro estudio (Shafran, Lee y Fairburn, 2004), de caso único con una paciente de 26 años diagnosticada con un trastorno por atracón y cuyo perfeccionismo parecía estar contribuyendo al mantenimiento de dicho trastorno; tras ocho semanas de intervención cognitivo conductual, los autores comprobaron un descenso tanto en los niveles de perfeccionismo, como en los síntomas del trastorno por atracón.

Mientras que Amster y Klein (2008) diseñaron un tratamiento para reducir los niveles de perfeccionismo y las actitudes comunicativas en un grupo de 8 participantes con tartamudez, de 27 a 56 años de edad. Los autores encontraron que el tratamiento resultó eficaz en la reducción de los niveles de perfeccionismo.

Es necesario mencionar que se ha demostrado que la combinación de la TCC con otras técnicas propias de la Terapia Narrativa (Schell, 2006), la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC; Oblitas-Guadalupe, 2004; Oros, 2005; Ellis, 2002; Kutlesa y Arthur, 2008), así como la inclusión de las nuevas tecnologías (Arpin-Cribbie et al., 2008) en el tratamiento o bien el empleo de manuales de autoayuda (Antony et al., 1998; Shafran, Egan y Wade, 2010; Pleva y Wade, 2007; Steele y Wade, 2008), ofrece también resultados esperanzadores (Vicent, 2014).

Freeston y Salkovskis (2001), proporcionó un análisis detallado del proceso de recuperación y el tratamiento cognitivo-conductual de un niño de Quebec de 14 años que tenía TOC. Tenía varios rituales de limpieza en los que el objetivo subyacente era el perfeccionismo, y ese objetivo tenía que lograrse con certeza; por lo tanto, cepillarse los dientes tomaría 20 minutos, ducharse tomaría 90 minutos y su rutina de acostarse tomaría de 60 a 90 minutos. El cliente experimentó problemas académicos e interpersonales relacionados derivados de su creencia de que su comportamiento debería ser perfecto y que, si ocurrían resultados negativos, él era el responsable. El tratamiento cognitivo-conductual eventualmente condujo a reducciones en los comportamientos objetivo (por ejemplo, cepillado excesivo de dientes), y el nivel de

síntomas obsesivos compulsivos del cliente disminuyó del rango severo al moderado. Freeston et al. (2001) concluyó que el uso de una intervención conductual centrada en un objetivo claro (es decir, cepillado reducido) facilitó la mejora.

Los investigadores identificaron a los estudiantes que tenían una alta o baja preocupación por los errores según la evaluación de MPS (Frost, Lahart y Rosenblate, 1990). Los participantes fueron expuestos a una condición de reestructuración cognitiva o una condición de distracción. La intervención cognitiva duró aproximadamente 8 minutos e incluyó tres componentes:

1. abordar la sobreestimación de la probabilidad (es decir, estimar la probabilidad de que las expectativas temidas realmente ocurran y con qué frecuencia la expectativa temida realmente sucedió en el pasado).
2. decatastrofizar el resultado temido (es decir, comparar lo horrible del resultado temido con los acontecimientos graves de la vida, como la muerte de un ser querido, el fracaso de un curso).
3. Identificar un pensamiento o declaración de afrontamiento que podría usarse para aliviar la ansiedad durante la tarea del habla. La tarea de distracción implicó la identificación de letras específicas en un pasaje escrito.

Las comparaciones grupales de los participantes con alta o baja preocupación por los errores mostraron que los participantes con una gran preocupación por los errores, independientemente de la condición experimental, informaron que todavía estaban molestos por los pensamientos continuos sobre el discurso y su rendimiento y no disfrutaban dando el discurso. También se calificaron más negativamente en su capacidad de comunicarse.

1.7.3 Terapia centrada en la emoción

Aunque la terapia centrada en la emoción no se ha utilizado ampliamente como una forma de tratamiento para los perfeccionistas, un estudio de caso reciente (Greenberg y Bolger, 2001) sugiere que la terapia centrada en la emoción puede ser bastante efectiva para aliviar parte del dolor emocional que experimentan los perfeccionistas angustiados. Greenberg y Bolger informaron un estudio de caso de una mujer de 40 años que fue criada por padres alcohólicos que también eran físicamente abusivos. Se reconoció que este cliente tenía una gran necesidad de aprobación materna y una gran necesidad de control.

Greenberg y Bolger describieron un proceso de tratamiento de tres pasos para abordar el dolor psicológico. El primer objetivo de la terapia orientada a la emoción es enfocarse en desarrollar un sentido elevado de conciencia emocional. El segundo objetivo es aprender a calmar y consolar a uno mismo; presumiblemente, hacerlo ayuda a combatir la tendencia de los perfeccionistas a ser altamente autocríticos y aborda la baja autoaceptación de ciertos perfeccionistas. El tercer y último objetivo para aliviar el dolor emocional de los perfeccionistas y otros en apuros es sustituir las emociones adaptativas por las emociones angustiantes.

1.7.4 Terapia farmacológica

Hewitt y Flett (2007), advierten que ningún estudio ha evaluado específicamente si los medicamentos podrían reducir el perfeccionismo. Algunas investigaciones centradas en el efecto de fármacos como la amitriptilina y la imipramina, sin embargo, no se ha encontrado que dichos fármacos disminuyan de perfeccionismo (Blatt, 2004; Reda, Carpiniello, Secchiaroli y Blanco, 1985).

Reda, Carpiniello, Secchiaroli y Blanco (1985) informaron los resultados experimentados por 60 pacientes deprimidos que recibieron medicamentos antidepresivos y fueron

examinados durante cuatro años. A los pacientes se les administró el DAS (Weissman y Beck, 1978) cuando ingresaron por primera vez en el hospital y cuando fueron dados de alta. Además, un subconjunto de la mitad de los pacientes fue reevaluado un año después del alta. Reda y col. descubrieron que, aunque muchas actitudes disfuncionales se redujeron significativamente a medida que la depresión remitía, ciertas actitudes disfuncionales demostraron ser resistentes al cambio, incluidas las creencias perfeccionistas que reflejan el tema de que nunca se deben cometer errores. Además, esas creencias todavía eran bastante evidentes entre el subconjunto de pacientes que fueron reevaluados un año después del alta. Las preocupaciones de auto presentación también persistieron y fueron representadas por actitudes disfuncionales como "Es vergonzoso mostrar debilidades".

Quizás el régimen de tratamiento entre en conflicto con la necesidad reconocida de los perfeccionistas de control personal (Flett, Hewitt, Blankstein y Mosher, 1995) o el régimen, diariamente, confronta a la persona con sus propias deficiencias percibidas y su incapacidad para hacer frente de manera efectiva (Hewitt et al., 2002).

Por lo anterior, el uso de fármacos para tratar los rasgos perfeccionistas, es un campo que requiere investigación además de que las investigaciones existentes niegan que algún fármaco disminuye el perfeccionismo.

Capítulo II

Modelaje profesional

2.1 Definición de grupo de modelos profesionales

El modelaje (Bachoir, s/f) es “la disciplina humana que estudia todo lo relativo al mejoramiento físico y espiritual de su entorno y de sí mismo”, definición que no engloba a la ciencia y la técnica, pero tampoco la desplaza a un segundo término o lugar. En este sentido, la definición amplia de modelaje se la toma como una disciplina teórica y práctica que busca el perfeccionamiento de las relaciones humanas y sociales a través del desarrollo personal de las cualidades y aptitudes físicas y espirituales del hombre, lo cual implica su mejoramiento y perfección constantes. Las personas que logren este objetivo en cualquier plazo, se convierten así en las sociedades en grupo de modelos profesionales, es decir en prototipo de un símbolo o signo de superación, éxito y desarrollo.

La definición estricta del modelaje hace referencia al “arte del desenvolvimiento humano y de las cualidades y aptitudes positivas del hombre” lo que es el conjunto de técnicas y procedimientos orientados a mejorar la visión estética del hombre y la sociedad, que se toma como algo más que la intelectualidad y la ética. En este sentido, es muy fácil ubicar al modelaje dentro de la esfera de la estética y la belleza, en un esquema bastante sencillo.

Las definiciones de modelaje son en la teoría algo muy referencial en el sentido del crédito que cada uno pueda otorgar a las definiciones. Una persona cualquiera, podría ver de acuerdo a su criterio, muchas definiciones de modelaje de acuerdo a su entorno. En realidad, de acuerdo a la diversificación cultural del modelaje, éste se halla más o menos desarrollado en unas sociedades, más que en otras. Lo que sucede simplemente es que el modelaje como disciplina tiene un grado de entendimiento diferente de acuerdo al tipo de sociedad y los estándares culturales.

2.3 Cultura del modelaje

Para Bacheir (s/f), la implicación del modelaje en países desarrollados tiene un uso fascinante en las prácticas y costumbres, a diferencia de los países subdesarrollados. Por ejemplo, en Europa, el modelaje es tomado como una profesión a la que generalmente tienen alcance todas las personas que tengan cualidades y aptitudes para desarrollar el sentido estético de las cosas.

Así, existe una organización internacional europea que dirige al modelaje a través de instituciones, medios de comunicación y empresas productoras del ramo.

París, la capital de Francia, es conocida en Europa como la capital del diseño y de la moda, como toda una maquinaria destinada a mostrar a la sociedad los avances más grandes en producción y exhibición de productos yendo ambos siempre de la mano.

En América, el modelaje ha sido desarrollado en países como Estados Unidos y Canadá principalmente con fines comerciales y dentro de la industria de textiles. A diferencia de Europa, en estos países el modelaje no es tan selectivo y elitista.

En África, el modelaje ha tomado una gran variación y adelanto en los últimos años a través de la promoción del modelaje ecológico que es una corriente en boga, basada más en una necesidad actual de preservar el medio ambiente, antes que en la gran producción de productos industriales para el consumo humano. En este sentido el aporte del modelaje africano ha sido vital para nuestra cultura ecológica actual.

En Asia, el modelaje ha sido siempre incipiente por la ideología cultural de esos pueblos. En países como la India, Irán, Irak, Malasia y la Indonesia, a las mujeres se les prohíbe el modelaje de exhibición. El modelaje es tomado como una profesión liberal de mando medio o bajo.

En Oceanía, el modelaje se encuentra actualmente en un franco proceso de expansión en relación con el intercambio industrial y comercial que tienen Australia y Nueva Zelanda

con países como Inglaterra, Irlanda y Finlandia, siendo en este continente la profesión más pagada en el medio. El pago de servicios por modelaje en Oceanía es altísimo a diferencia de los otros cuatro continentes.

Por último, el modelaje en Latinoamérica es como una mina de oro que se ha descubierto pero que no se sabe explotar. En la actualidad, el modelaje en Latinoamérica está alcanzando un nivel de mejoramiento en los aspectos educativo y de producción, más por el auge y el tremendo avance mundial de las comunicaciones que por otros aspectos. La introducción de todo tipo de equipos de telecomunicaciones en Latinoamérica ha causado un auge del modelaje en todas las áreas que es sorprendente y sumamente necesario dentro del mercado. A raíz de esto, se están desarrollando todas las potencialidades comerciales e industriales principalmente en países como Chile, Brasil y Argentina, donde el modelaje se está desarrollando a la par de la exportación de productos hacia Estados Unidos y Europa, países que están colaborando para que el modelaje Latinoamericano esté cada vez más presente y sea cada vez una profesión más lucrativa.

2.3 Estudios previos con modelos profesionales

Existe una investigación (Zoletić, y Duraković-Belko, 2009), en el cual participaron 91 individuos divididos en dos grupos, grupo de control - 55 estudiantes de la Universidad de Sarajevo y grupo experimental - 13 bailarinas profesionales, 23 modelos profesionales. Durante este trabajo de investigación utilizaron varios instrumentos de medición: índice de masa corporal; Índice de masa corporal - Prueba de coincidencia de silueta; Interrogador del perfeccionismo neurótico; Inventario de trastornos alimentarios. El objetivo de esta investigación fue examinar las diferencias entre dos grupos de niñas, modelos y bailarinas (con factores de riesgo - grupo experimental) y jóvenes estudiantes (grupo de control), en percepción de imagen corporal, índice de masa corporal, perfeccionismo neurótico, distorsión de imagen corporal y síntomas de los trastornos

alimentarios. En este estudio, se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos de niñas que están relacionadas con la percepción de la imagen corporal y la posición objetiva en el gráfico del índice de masa corporal. Los 91 participantes se vieron obesos. Las diferencias estadísticamente significativas ocurren en la distorsión de la imagen corporal y los síntomas de los trastornos alimentarios en el grupo experimental, tienen puntajes altos en la distorsión de la imagen corporal, en el inventario de trastornos alimentarios y en los síntomas del perfeccionismo neurótico.

Con base en los resultados de este estudio, podemos concluir que hay grupos de personas que tienen factores de riesgo para desarrollar algún tipo de trastorno alimentario, por lo que sería deseable crear una intervención preventiva para bailarinas y modelos jóvenes, pero también para esas personas. quienes los entrenan, entrenadores, instructores y gerentes. Para otros grupos de población con conductas de riesgo como los niños pequeños, un plan de prevención y modificaciones de las influencias culturales en la opinión de las personas sobre la imagen corporal son extremadamente importantes.

Capítulo III

Metodología

3.1 Planteamiento del problema

El perfeccionismo es un constructo multidimensional, que a su vez puede o no ser un rasgo patológico. Se define como la búsqueda constante de estándares excesivamente altos e inalcanzables de rendimiento, con intolerancia a los errores (Halmi et al., 2012). El perfeccionismo se ha relacionado con distintos problemas de salud mental, por ejemplo, ansiedad (Frost et al., 1991), trastorno del comportamiento alimentario (Scappatura et al., 2017) y trastorno obsesivo compulsivo (Rodríguez-Jiménez et al. 2014), por lo que su estudio es relevante.

Estudios previos han investigado la relación entre perfeccionismo e imagen corporal, en estudiantes universitarias (Chang et al., 2016) y de secundaria (Teixeira et al., 2016), sin embargo, pocos estudios, se han dirigido a investigar, en conjunto, la relación entre perfeccionismo, perfeccionismo sexual, estima sexual, estima corporal e insatisfacción corporal.

Debido a que el modelaje profesional es una actividad que exige altos estándares de desempeño, en cuanto a apariencia física y/o personal, y a los pocos estudios existentes, dirigidos a esta población, el propósito del presente estudio fue comparar el perfeccionismo, perfeccionismo sexual, la estima sexual, estima corporal e insatisfacción corporal, en un grupo de mujeres que se dedican al modelaje profesional y un grupo de mujeres estudiantes emparejadas por edad con el grupo de modelos profesionales; además de relacionar las variables antes mencionadas.

3.2 Objetivo general

Caracterizar dos grupos de mujeres mexicanas (uno que se dedica al modelaje profesional y otro de mujeres estudiantes que no se dedican al modelaje profesional), en cuanto a perfeccionismo, perfeccionismo sexual, estima sexual, estima corporal y satisfacción corporal.

3.2.1 Objetivos específicos

Comparar el perfeccionismo, el perfeccionismo sexual, la estima sexual, la estima corporal y la satisfacción corporal, entre mujeres que se dedican al modelaje profesional y mujeres que no se dedican al modelaje profesional. Además, se comparó el índice de masa corporal entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes.

3.3 Justificación

El presente estudio, fue realizado debido a que, para el conocimiento, existen pocos estudios caracterizando a un grupo de mujeres profesionales (Zoletí y Duraković-Belko, 2009), esta investigación caracteriza a un grupo de mujeres modelos profesionales y un grupo de mujeres estudiantes en cuanto al perfeccionismo y el aprecio corporal. Debido a esto, es importante caracterizarlas en cuanto al perfeccionismo, perfeccionismo sexual, estima sexual, estima corporal e insatisfacción corporal, de esta manera se pretende ampliar el conocimiento de esta población (grupo de modelos profesionales), además de comparar la población con un grupo control (grupo de mujeres estudiantes), teniendo en cuenta que el modelaje profesional es una profesión que exige altos estándares de desempeño, en cuanto a apariencia física y/o personal.

3.4 Hipótesis

H1: Estudios previos indican que las modelos presentan puntajes altos en perfeccionismo neurótico general en comparación con estudiantes (Zoletié et al., 2009). Por lo que en este sentido se hipotetizó que el grupo de modelos profesionales tendrán puntajes altos en los rasgos perfeccionistas egodistónicos y en perfeccionismo sexual, en comparación con las estudiantes.

H2: Para nuestro conocimiento no existen estudios sobre estima sexual con población similar a las mujeres profesionales. Por lo que, en este sentido, se infirió que el grupo de modelos profesionales tendrá puntajes altos en estima sexual en comparación con el grupo de estudiantes.

H3: Estudios previos indican que las bailarinas profesionales presentan puntajes altos en cuanto a la estima corporal en comparación con un grupo de estudiantes (Budnik-Przybylska, Kaźmierczak, Przybylski, Bertollo, 2019). Por lo que se hipotetizó que el grupo de modelos profesionales tendrán mayor estima corporal en comparación con el grupo de estudiantes.

H4: Estudios previos (Valdez y Guadarrama, 2007), indican que las bailarinas tienen mayor insatisfacción corporal que las no bailarinas. Por lo que en este estudio se hipotetizó que el grupo de modelos profesionales tendrán mayor insatisfacción corporal en comparación con el grupo de estudiantes.

H5: Estudios previos indican que las modelos profesionales presentan un bajo índice de masa corporal, principalmente debido a que la profesión les exige una figura más delgada en comparación con la de la mayoría de la población general (Zoletié y Duraković-Belko, 2009). En este sentido, se hipotetizó que el grupo de modelos profesionales tendrían un índice de masa corporal más bajo, en comparación con el grupo de estudiantes.

3.5 Variables

Perfeccionismo

El perfeccionismo se refiere a la tendencia a establecer y buscar altos estándares de desempeño y rendimiento, en combinación con una excesiva intolerancia o crítica a los errores y una creciente preocupación por cometerlos (Frost et al., 1990; Halmi et al., 2012). Operacionalmente fué medido con la Medida de los Constructos Subyacentes al Perfeccionismo (M-CUP, por sus siglas en inglés; Stairs, Smit, Zapolski, Combs y Settles, 2012).

Perfeccionismo sexual

El perfeccionismo sexual, es decir el perfeccionismo orientado a la sexualidad comprende cuatro categorías: orientado a sí mismo, orientado a la pareja, prescrito por la pareja y prescrito socialmente. El perfeccionismo sexual orientado a sí mismo refleja los estándares y expectativas perfeccionistas que las personas aplican a sí mismas con las parejas sexuales. El perfeccionismo sexual orientado a la pareja refleja los estándares y expectativas de perfección que las personas aplican a sus parejas. El perfeccionismo sexual prescrito por la pareja refleja las creencias de la gente, de que su pareja sexual le impone estándares y expectativas perfeccionistas. Finalmente, el perfeccionismo sexual prescrito socialmente refleja las creencias de las personas de que la sociedad y la gente en general, le imponen normas y expectativas sexuales de perfección (Snell, 1997). Operacionalmente fue medido con el Cuestionario Multidimensional de Sexualidad (Snell, 1997).

Estima sexual

La estima sexual se refiere a la evaluación favorable de la sexualidad y a la confianza de experimentar la sexualidad de una manera satisfactoria y placentera, es decir al respeto y la confianza en la capacidad de un individuo para experimentar su sexualidad (Snell y Papini, 1989). Operacionalmente fue medido con la Escala de Estima Sexual (ES, por sus siglas en inglés; Snell et al., 1989).

Estima corporal

La estima corporal se refiere a los sentimientos que las personas tienen sobre su propia apariencia física y se relaciona positivamente con la autoestima global (Mendelson, Mendelson y White, 2001), y la insatisfacción con la apariencia física, y negativamente con la masa corporal (Mendelson, White y Mendelson, 1996). Operacionalmente, la estima corporal fue medida con la Escala de Estima Corporal (BES, por sus siglas en inglés; Franzoi y Shields, 1984).

Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal supone la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo (Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016). Operacionalmente la insatisfacción corporal fue medida con la subescala de Insatisfacción Corporal (BD), del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-II, por sus siglas en inglés; Garner, Olmsted y Polivy, 1983).

Índice de Masa Corporal

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador del estado nutricional de una persona, el cual considera el peso (Kg.) con relación a la talla (m²). El IMC fue obtenido operacionalmente con un analizador de composición corporal marca Inbody 230, el cual realiza un análisis mediante Impedancia Bioeléctrica (BIA) de manera segmental, multifrecuencia y octopolar. Además, para medir la estatura se utilizó un tallímetro portátil con graduación de 1 mm.

3.6 Participantes

La muestra fue no probabilística, conformada por 20 mujeres elegidas por conveniencia, las cuales se dedicaban al modelaje profesional. El rango de edad de las participantes fue de 15 a 26 años de edad, con una media de 19.60 ($DE = 3.35$) y 40 estudiantes, emparejadas por edad.

3.7 Instrumentos y medidas

Hoja de datos generales

La hoja de datos generales fue elaborada para el estudio, el cual permite recabar información personal (edad, grado de estudios, ocupación, peso autoreportado y talla autorepotada).

Índice de Masa Corporal

Para obtener el peso de los participantes se utilizó un analizador de composición corporal marca Inbody 230, el cual realiza un análisis mediante Impedancia Bioeléctrica (BIA) de manera segmental, multifrecuencia y octopolar. Además, para medir la estatura se utilizó un tallímetro portátil con graduación de 1 mm.

Se utilizó la clasificación propuesta por la OMS (1998) para categorizar a los participantes de acuerdo al IMC: <18.4 peso bajo; de 18.5 a 24.9 peso normal; de 25.0 a 29.9 sobrepeso; y > 30 obesidad.

Perfeccionismo

Se utilizó la Medida de los Constructos que Subyacen al Perfeccionismo (M-CUP, por sus siglas en inglés; Stairs, Smit, Zapolski, Combs y Settles, 2012), la cual comprende dos factores de orden alto:

1. **Rasgos perfeccionistas Egosintónicos**, los cuales comprenden cinco escalas:
 - a. *Orden* (hace referencia a la tendencia a preferir la organización en el ambiente físico que rodea a la persona, ítems 2, 7, 13, 21, 28, 35, 41, 45 y 52; [$\alpha=.96$]);
 - b. *Satisfacción* (se refiere a la habilidad o tendencia para experimentar satisfacción y afecto positivo cuando termina o se logra algo, ítems 4, 9, 16, 23, 30, 42, 48, 54 y 58; [$\alpha=.88$]);

- c. *Detalles y Comprobación* (se refiere a la tendencia a estar preocupado por los detalles y a checar varias veces y a checar varias veces su trabajo, ítems 8, 14, 36, 46 y 53; [$\alpha=.90$]);
- d. *Perfeccionismo Orientado a los Demás* (tendencia a esperar un alto desempeño y perfección de otros y a evaluar estrictamente su desempeño, ítems 3, 15, 22, 29, 37 y 47; [$\alpha=.79$]); y
- e. *Altos Estándares Autoimpuestos Sobre las Tareas y Actividades* (tendencia a establecer altos estándares para uno mismo y a trabajar duro para alcanzarlo, ítems 1, 12, 27, 34, 40 y 44; [$\alpha=.85$]), los cuales hacen referencia al perfeccionismo adaptativo.

2. Rasgos Perfeccionistas Egodistónicos, los cuales comprende cuatro escalas:

- a) *Pensamiento Dicotómico Sobre las Tareas y Actividades* (tendencia a pensar que, si algo no está perfecto, todo está mal o que se ha fracasado y que, si la persona no es capaz de hacer algo perfecto, ya no se puede hacer nada, ítems 20, 26, 33 y 39; [$\alpha=.85$]);
- b) *Presión Percibida de Otros* (tendencia a sentir que otros tienen altas expectativas, que esperan que sea perfecto, o que son críticos, respecto a su desempeño, ítems 6, 11, 19, 25, 32 y 59; [$\alpha=.87$]).
- c) *Insatisfacción* (tendencia a sentir que no se están alcanzando los propios estándares, a sentir que algo nunca es lo suficientemente bueno o

correcto o a sentir que algo siempre está mal, ítems 5, 10, 17, 24, 38, 49, 55, 56 y 61; [$\alpha=.89$]); y

- d) *Reactividad a los Errores* (tendencia a experimentar afecto negativo en respuesta a un error o a lo que la persona cree que es un error, ítems 18, 31, 43, 50, 51, 57 y 60; [$\alpha=.86$]), en este estudio la consistencia interna fue de .87; los cuales hacen referencia al perfeccionismo desadaptativo.

Los autores encontraron que las subescalas de la M-CUP cuentan con estabilidad temporal, validez convergente y validez discriminante (Stairs et al., 2012 [ver anexo 4]).

Perfeccionismo sexual

Para medir el perfeccionismo sexual se utilizó el Cuestionario Multidimensional de Perfeccionismo Sexual (MSPQ, por sus siglas en inglés; Snell, 1997; Snell y Rigdon, 2001). El MSPQ comprende 30 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 = nada característico de mí; 4 = muy característico de mí). El MSPQ fue diseñado para medir diferentes tendencias perfeccionistas de las personas relacionadas con los aspectos sexuales de sus vidas. El cuestionario mide cinco aspectos:

1) *Perfeccionismo Sexual Orientado a Sí Mismo* (estándares altos y rígidos que se aplican a sí mismo; ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27; [$\alpha=.71$]);

2) *Perfeccionismo Sexual Prescrito Socialmente* (implica la creencia de que la sociedad y otros “generalizados” están imponiendo estándares y expectativas sexuales perfeccionistas para uno mismo; ítems 3, 8, 13, 18 y 28);

3) *Perfeccionismo Sexual de la Pareja Dirigido a Sí Mismo* (diseñado para medir la percepción de las personas de que sus parejas le imponen normas sexuales rígidas y perfeccionistas a sí mismas [es decir a las propias parejas]; ítems 4, 9, 14, 19, 24 y 29);

4) *Perfeccionismo Sexual de la Pareja Dirigido a Mi* (implica la creencia de las personas de que sus parejas están aplicando normas sexuales excesivamente rígidas y perfeccionistas a sí mismas [es decir de la pareja a mi]; ítems 5, 10, 15, 20, 25 y 30); y

5) *Perfeccionismo Sexual Dirigido a la Pareja* (se refiere a las creencias de las personas de que sus parejas están siendo excesivamente rígidas y perfeccionistas la aplicación de estándares sexuales perfeccionistas a la pareja]; ítems 6, 11, 16 y 21).

La MSPQ contiene un ítem extra (ítem 1) con tres opciones de respuesta (1 = una relación actual, 2 = una relación sexual pasada y 3 = una relación sexual imaginaria). Los puntajes más altos corresponden a mayor perfeccionismo sexual en cada una de las subescalas. Cabe destacar que los ítems 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30 son invertidos. La MSPQ (Snell y Rigdon, 2001) correlaciona con la Tendencia de Apego (ver anexo 5).

Estima sexual

La estima sexual fue medida con la versión colombiana (Soler et al., 2016) de la Escala de Sexualidad (SS por sus siglas en inglés; Snell et al., 1989), la cual mide la predisposición a experimentar la sexualidad de manera positiva o negativa. La SS comprende 15 ítems, tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1=*totalmente en desacuerdo*, hasta 5=*totalmente de acuerdo*) comprendidos en tres subescalas:

1) Estima Sexual (SSE; ítems 1, 2, 3, 4 y 5; [$\alpha=.83-.87$]);

2) Depresión Sexual (DS; ítems 6, 7, 8, 9 y 10; [$\alpha=.87-.86$]); y

3) Preocupación Sexual (PS; ítems 11, 12, 13, 14 y 15; [$\alpha=.84-.85$]).

La escala obtuvo una consistencia interna de .37. Puntuaciones altas indican mayor estima sexual; los ítems 4, 7 y 10 son invertidos. La ES (Snell & Papini, 1989) cuenta con validez convergente y discriminante (ver anexo 6).

Estima corporal

La estima corporal fue medida con la versión mexicana (Escoto et al., 2016) de la Escala de Estima Corporal (BES por sus siglas en inglés; Franzoi et al., 1984). La BES comprende 35 ítems, tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = *tengo sentimientos fuertemente negativos*, hasta 5 = *tengo sentimientos fuertemente positivos*) comprendidos en dos subescalas para mujeres: 1) Atractivo Físico y Sexual (AFyS), la cual se refiere a las funciones del cuerpo asociadas con el atractivo físico y que no pueden ser modificados haciendo ejercicio (p.e. olor corporal y cara; ítems para la escala de mujeres 6, 10, 11, 20, 21, 23, 26, 28 y 31; $\alpha = 0.88$ para mujeres); y 2) Condición Física y Preocupación por el Peso (CFyPP; partes del cuerpo que pueden ser alteradas haciendo ejercicio p.e. apariencia del estómago y peso y partes que no pueden ser examinadas u observadas por otros p.e. nivel de energía y coordinación física; ítems para la escala de mujeres 4, 5, 7, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 25, 29, 30, 33 y 35; $\alpha = 0.86$, para mujeres). Asimismo, la estabilidad temporal para mujeres fue aceptable ($r = 0.75$). Puntuaciones altas indican mayor aprecio del cuerpo en esa dimensión. (ver anexo 7).

Insatisfacción corporal

Para medir la satisfacción corporal se utilizó la Subescala de Insatisfacción Corporal (BD-EDI, por sus siglas en inglés; Garner et al., 1983), del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-II, por sus siglas en inglés). La BD-EDI comprende 9 ítems los cuales son 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 y 62 son tipo Likert de seis puntos (3=siempre, 2=casi siempre, 1=bastantes veces, 0=algunas veces, 0=casi nunca y 0=nunca) que evalúan la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo. El EDI cuenta con consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.80$), confiabilidad test-retest, validez de contenido, de constructo y de criterio. La consistencia interna de la Subescala de Insatisfacción Corporal también es adecuada ($\alpha = 0.85$). En México (García et al., 2003), el EDI también ha mostrado adecuada consistencia interna ($\alpha = > 0.85$), tanto para mujeres sin TCA como para mujeres con TCA ($\alpha = 0.94$). (ver anexo 8).

3.8 Tipo de estudio y diseño

El diseño del estudio fue no experimental, de corte transversal ya que no hubo manipulación deliberada de las variables, por lo que solo se analizaron los fenómenos. Es decir, los sujetos no se expusieron a estímulos o tratamientos. Además, los participantes del estudio pertenecían a un grupo determinado. En cuanto a la duración del estudio, este fue transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento, con el propósito de analizar las variables para describir el grupo de modelos profesionales (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

3.9 Procedimiento

Después de contactar a las autoridades y solicitar permiso para realizar la aplicación, los padres de las participantes menores de edad fueron contactados para solicitar su consentimiento informado (ver anexo 2), de igual manera las participantes mayores de edad firmaron su consentimiento informado (ver anexo 1). En cuanto a las participantes

menores de edad firmaron asentimiento informado (ver anexo 3). Posteriormente, fueron tomadas las medidas antropométricas (peso y talla) y se procedió a la aplicación individual de los instrumentos de medición.

3.10 Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 7. Para describir los datos se utilizaron medidas de tendencia central (media y desviación estándar) y tablas de frecuencia. Para comparar a los dos grupos en cuanto a perfeccionismo, perfeccionismo sexual, estima sexual, estima y satisfacción corporal se utilizó la prueba *t* de student para muestras independientes.

Capítulo IV

Resultados

4.1 Descripción de la muestra

El grupo de modelos profesionales que participaron en este estudio, tenían entre 15 a 26 años de edad, con un promedio de 19.60 ($DE= 3.35$) y fueron emparejadas por edad con 40 estudiantes.

En cuanto al nivel de estudios de las participantes del grupo de mujeres modelos profesionales, 10 estudiaban licenciatura, 9 estudiaban a nivel medio superior y una tenía escolaridad básica (secundaria). En cuanto a las estudiantes, 26 cursaban estudios universitarios y 14 estudiaban el nivel medio superior.

En la tabla 1 se observa que el grupo de grupo de modelos profesionales tenía un promedio de peso de 54.95 kg. ($DE = 6.97$) y un promedio de talla de 168.03 ($DE = 6.51$). En cuanto al grupo de estudiantes, contaba con un promedio de peso de 57.43 kg. ($DE = 10.63$) y un promedio de talla de 158.24 ($DE = 5.86$), finalmente el grupo de modelos profesionales, contaban con un promedio de IMC de 21.57 ($DE = 2.81$), mientras que el grupo de estudiantes tenían un promedio de IMC de 23.03 ($DE = 3.90$) (Tabla 1).

Tabla 1

Promedio de datos antropométricos, de acuerdo al grupo

	Modelos profesionales		Estudiantes	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Edad	19.60	3.35	19.60	3.35
Peso (Kg)	54.95	6.97	57.43	10.63
Talla (cm)	168.03	6.51	158.24	5.86
IMC	21.57	2.81	23.03	3.90

4.2 Comparaciones

Comparación del Índice de Masa Corporal (IMC) entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes

En la Tabla 2 se observa la distribución de frecuencias de acuerdo al IMC y de acuerdo al grupo. La mayoría de las participantes del grupo de modelos profesionales y estudiantes cayeron en la categoría de peso normal. Sin embargo, podemos observar en la Tabla 2, que el grupo de modelos profesionales, no presentó ningún caso de obesidad; en cambio, en el grupo control se observó que 10% de las participantes de este grupo, se encontraban en el rango de obesidad.

Tabla 2

Distribución del IMC, de acuerdo al grupo

Categoría	Modelos profesionales (<i>n</i> = 20)	Estudiantes (<i>n</i> = 40)
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Bajo Peso	1 (5)	3 (7.50)
Normal	17 (85)	28 (70)
Sobrepeso	2 (10)	5 (12.50)
Obesidad	0 (0)	4 (10)
TOTAL	20 (100)	40 (100)

Comparación del perfeccionismo entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes

En este estudio comparamos al grupo de modelos profesionales con el grupo de estudiantes, usando la prueba *t* student para muestras independientes. Con respecto a los rasgos perfeccionistas egosintónicos, nuestros resultados indicaron que las participantes que se dedican al modelaje profesional, puntuaron más alto en Orden y en Altos Estándares Autoimpuestos, en comparación con las mujeres del grupo control (Tabla 3).

Por otro lado, en cuanto a rasgos perfeccionistas egodistónicos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las participantes que se dedican al modelaje profesional y el grupo control (Tabla 3).

Tabla 3

Comparación del Perfeccionismo entre los grupos

	Modelos		Estudiantes		<i>t</i>	<i>p</i>
	profesionales					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Rasgos Perfeccionistas						
Egosintónicos						
Orden	38.90	4.96	35.73	5.11	2.20	0.03
Satisfacción	41.10	4.04	41.25	4.97	0.12	0.91
Detalles y Comprobación	19.80	2.48	19.25	3.61	0.69	0.49
Perfeccionismo Orientado a los Demás	21.15	3.68	20.43	3.76	0.71	0.48
Altos Estándares Autoimpuestos Sobre las Tareas y Actividades	25.40	4.25	22.23	4.39	2.67	0.01
Rasgos Perfeccionistas						
Egodintónicos						
Pensamientos Dicotómicos Sobre las Tareas y Actividades	8.75	2.69	9.23	3.45	0.54	0.59
Presión percibida de Otros	18.85	5.02	17.85	4.80	0.75	0.46
Insatisfacción	25.30	6.37	26.45	7.60	0.58	0.56
Reactividad a los Errores	14.40	3.82	15.18	4.65	0.64	0.52

Comparación del Perfeccionismo Sexual entre el grupo de modelos profesionales y el grupo control

Para comparar el perfeccionismo sexual se usó la prueba *t* student para muestras independientes. La comparación del perfeccionismo sexual entre los grupos (modelos profesionales y estudiantes) indicó que no hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas entre las participantes que se dedican al modelaje profesional y el grupo de estudiantes (Tabla 4).

Tabla 4

Comparación del Perfeccionismo Sexual entre los grupos

	Modelos profesionales		Estudiantes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Perfeccionismo Sexual Orientado a Sí Mismo	12.30	3.67	11.23	2.79	1.26	0.21
Perfeccionismo Sexual Prescrito Socialmente	7.40	2.46	8.23	2.63	1.17	0.25
Perfeccionismo Sexual de la Pareja Dirigido a Sí Mismo	11.80	3.36	10.88	3.98	0.90	0.37
Perfeccionismo Sexual de la Pareja Dirigido a Mi	9.80	3.94	8.60	3.42	1.21	0.23
Perfeccionismo Sexual Dirigido a la Pareja	5.10	3.06	4.78	2.81	0.41	0.68

Comparación de la estima sexual entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes

La prueba *t* student indicó que las participantes del grupo de estudiantes puntúan significativamente más alto en preocupación sexual, en comparación con el grupo de modelos profesionales (Tabla 5). En cambio, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a estima sexual, ni en cuanto a depresión sexual (Tabla 5).

Tabla 5

Comparación de la Estima Sexual, de acuerdo al grupo

	Modelos profesionales		Estudiantes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Estima Sexual	18.60	3.10	18.00	4.56	0.53	0.59
Depresión Sexual	8.10	2.86	9.75	4.44	1.51	0.136
Preocupación Sexual	7.00	2.79	8.78	3.32	2.05	0.045

Comparación de la estima corporal entre el grupo de modelos profesionales y el grupo control

La comparación de los grupos con la prueba *t* student indicó que las participantes que se dedican al modelaje profesional puntúan más alto en AFyS, en comparación con las estudiantes (Tabla 6). En cuanto a CFyPP, no se encontraron diferencias entre las puntuaciones de las participantes de ambos grupos (Tabla 6).

Tabla 6

Comparación de la Estima Corporal, de acuerdo al grupo

	Modelos profesionales		Estudiantes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Atractivo Físico y Sexual	50.40	8.41	44.40	8.97	2.49	0.02
Condición Física y Preocupación por el Peso	32.85	5.49	32.88	5.87	0.17	0.99

Comparación de la insatisfacción corporal entre el grupo de modelos profesionales y el grupo control

La insatisfacción corporal supone la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo (Berengüí et al., 2016). La comparación con la prueba *t* student indicó que no hay diferencias en la insatisfacción corporal entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes (Tabla 7).

Tabla 7

Comparación de la insatisfacción corporal, de acuerdo al grupo

	Modelos profesionales		Estudiantes		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Insatisfacción Corporal	7.9	4.919	6.25	4.247	1.35	0.184

Discusión

Nuestros resultados indicaron que el grupo de modelos profesionales no difieren estadísticamente de las participantes del grupo de estudiantes, por lo que, en este caso, se rechazó la hipótesis de que el IMC sería menor en las participantes del grupo de grupo de modelos profesionales, en comparación con las participantes del grupo control. Este resultado difiere del reportado en un estudio previo (Zoletí et al., 2009), en el cual se reportó que la mayoría de las mujeres del grupo de modelos profesionales presentaban bajo peso. Sin embargo, en este estudio encontramos que la mayoría de las mujeres del grupo de modelos profesionales tienen peso normal. Es decir, la diferencia en los resultados encontrados en el presente estudio y el de Zoletí y Duraković-Belko (2009), podrían deberse a diferencias culturales.

Asimismo, el grupo de mujeres profesionales, no difieren estadísticamente de las participantes del grupo de estudiantes en cuanto al perfeccionismo y perfeccionismo sexual, por lo tanto, se rechazó la hipótesis que postulaba que el grupo de mujeres modelos puntuaría más alto en rasgos egodistónicos en comparación con el grupo de estudiantes. Además, la hipótesis no es congruente con nuestros resultados, ya que no hay diferencias significativas del perfeccionismo sexual entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes. Estos resultados difieren del resultado de Zoletí et al. (2009).

Otro resultado del presente trabajo, reportó que no existe diferencia significativa en cuanto a la estima sexual entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes, sin embargo, el grupo de estudiantes puntuó más alto en preocupación sexual en comparación con el grupo de mujeres grupo de modelos profesionales, por lo tanto, la inferencia fue rechazada.

En cuanto a la estima corporal, el grupo de modelos profesionales puntúan más alto en la subescala de atractivo físico y sexual (AFyS) de la estima corporal, por lo que, el resultado que se reportó en el presente trabajo es congruente con la hipótesis. Este resultado apoya los resultados de Budnik-Przybylska et al. (2019).

Finalmente, en cuanto a la insatisfacción corporal no se encontró diferencia significativa entre el grupo de modelos profesionales y el grupo de estudiantes, en este caso, se rechazó la hipótesis de que las mujeres bailarinas tendrían mayor insatisfacción corporal. Por lo que nuestros resultados difieren con lo antes reportado por Torales et al. (2017) y Valdez et al. (2007).

Conclusiones y limitaciones

En base a los resultados de este estudio, se puede concluir que la mayoría de mujeres del grupo de modelos profesionales presentaron un Índice de Masa Corporal normal, en cuanto a la subescala de preocupación sexual (PS) de la escala de escala sexual (SS), el grupo de estudiante obtuvo puntajes más alto que las modelos, finalmente el grupo de modelos profesionales tuvieron puntajes altos en la escala de atractivo físico y sexual (AFyS) de la Escala de Estima Corporal (BES).

Nuestras limitaciones se basan respecto a que es difícil acceder al tipo de población que en este caso fue el grupo de grupo de modelos profesionales, ya que las agencias de grupo de modelos profesionales no quieren exponerse ante una investigación. Por lo que se sugiere para investigaciones futuras obtener una muestra más amplia para mejores resultados. Además, de para nuestro conocimiento, existen muy pocas investigaciones con mujeres grupo de modelos profesionales.

Referencias

- Adkins, K. K. y Parker, W. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*, 64, 529-543.
- Amster, B. J. y Klein, E. R. (2008). Perfectionism in people who stutter: preliminary findings using a modified cognitive. behavioral treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 35-40.
- Anthony, M. M. y Swinson, R. (1998). When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism. Oakland, CA: New Harbinger.
- Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., Ritvo, P., Cribbie, R. A., Flett, G. L. y Hewitt, P. L. (2008). Perfectionism and psychological distress: a modeling approach to understanding their therapeutic relationship. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 151-167.
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297.
- Bachoir, O. A. (s/f). Modelaje profesional. Recuperado Septiembre 30, 2019 de <https://www.slideshare.net/Diana111013/modelaje-profesional-63574858> .
- Bardone-Cone, A. M., Joiner T. E., Crosby, R. D., Crow, S. J., Klein, M. H., Le Grange, D., Mitchell, J. E., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A. (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.
- Barrow, J. C. y Moore, C. A. (1983). Group interventions with perfectionism thinking. *The Personnel and Guidance Journal*, 61(10), 612-615.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Theory: Basics & Beyond*. New York: Guilford.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. y Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: the national institute

- of mental health treatment of depression collaborative research program revised. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Berengüí, R., Castejón, M. A. y Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 7, 1-8.
- Budnik-Przybylska, D., Kaźmierczak, M., Przybylski, J., & Bertollo, M. (2019). *Can Personality Factors and Body Esteem Predict Imagery Ability in Dancers? Sports*, 7(6), 131. doi:10.3390/sports7060131
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-51.
- Calado, O. M., Lameiras, F. M. y Rodriguez, C. Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 357-370.
- Chang, E., Yu, T., D. Chang, O. & Jilani, Z. (2016). Evaluative concerns and personal standards perfectionism as predictors of body dissatisfaction in Asian and European American females college students. *Journal of American College Health*, 64(7).
- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 421–426.
- DiBartolo, P. M. y Varner, S. P. (2012). How children's cognitive and affective responses to novel task relate to the dimensions of perfectionism. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30, 62-76.
- Dour, H. J., & Theran, S. A. (2011). The interaction between the superhero ideal and maladaptive perfectionism as predictors of unhealthy eating attitudes and body esteem. *Body Image*, 8(1), 93–96.
- Egan, S. J., Wade, T. D. y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Ellis, A. (202). The role of irrational beliefs in perfectionism. En G. L. Flett y P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: theory, research, and treatment* (pp. 217-229). Washington, DC: American Psychological Association.

- Escoto Ponce de León, M. del C., Bosques-Brugada, L. E., Cervantes-Luna, B. S., Camacho Ruiz, E. J., Díaz Rangel, I., & Rodríguez Hernández, G. (2016). *Adaptation and psychometric properties of Body Esteem Scale in Mexican women and men. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7(2), 97–104.*
- Ferguson, K. L. y Rodway, G. R. (1994). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology, 62(1), 129-138.*
- Flett, G. L., Hewitt, P. (2006). Positive Versus Negative Perfectionism in Psychopathology. *Behavior Modification, 30(4), 472-495.*
- Flett, GL, Hewitt, PL, Blankstein, KR y Mosher, SW (1995). Perfeccionismo, eventos de la vida y síntomas depresivos: una prueba de un modelo de diátesis-estrés. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 14 (2), 112–137.*
- Flett, G. L. y Hewitt, P. L. (2014). A proposed framework for preventing perfectionism and promoting resilience and mental health among vulnerable children and adolescents. *Psychology in the Schools, 51(9), 899-912.*
- Franchi, S. (2010). Estilo de personalidad perfeccionista y depresión. [Perfectionist personality style and depression]. *Perspectivas en Psicología, 13, 53-64.*
- Franco, P. K., Mancilla-Díaz, J. M., Vásquez-Arévalo, R., Álvarez, R. G., y López, A. X. (2010). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica, 10(3), 829–840.*
- Franzoi, S. L., y Shields, S. A. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment, 49, 173-178.*
- Fredtoft, T., Poulsen, S., Bauer, M. y Malm, M. (1996). Dependencia y perfeccionismo: psicoterapia grupal dinámica a corto plazo para estudiantes universitarios. *Asesoramiento psicodinámico, 2 (4), 476–497.*
- Freeston, M. H., & Salkovskis, P. M. (2001). *Cognitive approaches to obsessive-compulsive disorder. Australian Journal of Psychology, 53(1), 10–11.*

- Frost, R. O., & Henderson, K. J. (1991). Perfectionism and Reactions to Athletic Competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13(4), 323–335.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Greenberg, LS y Bolger, E. (2001). Un enfoque centrado en la emoción para la sobrerregulación de la emoción y el dolor emocional. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 197–211.
- Habke, A. M., Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1999). Perfeccionismo y satisfacción sexual en las relaciones íntimas. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(4).
- Halmi, K., Bellace, D., Berthod, S., Ghosh, S., Berrettini, W., Brandt, H., Bulik, C., Crawford, S., Fichter, Johnson, Kaplan, A., Kaye, W. H., Thornton, L., Janet Treasure, J., Woodside, B. & Strober, Michael. (2012). An examination of early childhood perfectionism across anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorder* 45(6) 800-807.
- Hamachek. D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Haring, M., Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 143-158.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4a ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hewitt P. y Flett G. (1991). Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–470.

- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. En G. L. Flett y P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: theory, research and treatment* (pp. 155-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (2007). When does conscientiousness become perfectionism) *Current Psychiatry*, 6(7), 49-60.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Mikail, S. (1995). Perfectionism and family adjustment in pain patients and their spouses. *Journal of Family Psychology*, 9, 335-347.
- Jain, M., & Sudhir, P. M. (2010). Dimensions of perfectionism and perfectionistic self-presentation in social phobia. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(4), 216–221.
- Kluck, A. S., Zhuzha, K., & Hughes, K. (2016). Sexual Perfectionism in Women: Not as Simple as Adaptive or Maladaptive. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 2015–2027.
- Kutlesa, N. y Arthur, N. (2008). Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 134-150.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). *Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 90–106.
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1996). *Self-esteem and body esteem: Effects of gender, age, and weight*. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17(3), 321–346. doi:10.1016/s0193-3973(96)90030-1
- Oblitas-Guadalupe, L. A. (2004). ¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Los 18 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia. [How do succesful psychoterapy? The 18 most important approaches in contemporary psychotherapeutic practice and cutting edge]. *Bogota Psicom*.
- Organización Mundial de la Salud (1998).
- Oros, L. B. (2005). Implicaciones del perfeccionism infantil sobre bienestar psicológico: orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. [Implications of child perfectionism on psychological welfare: Guidelines for diagnosis and clinical practice]. *Anales de Psicología*, 21(2), 294-303.

- Patcht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Pleva, J. y Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 849-861.
- Quadland, MC (1980). Autoconciencia privada, atribución de responsabilidad y pensamiento perfeccionista en la disfunción eréctil secundaria. *Revista de terapia sexual y marital*, 6, 47-55.
- Reda, M. A., Carpiniello, B., Secchiaroli, L. y Blanco, S. (1985). Thinking, depression, and antidepressants: modified and unmodified depressive beliefs during treatment with amitriptyline. *Cognitive Therapy Research*, 9(2), 135-143.
- Rhéaume, J., Freeston M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F. & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionistics: are they different on compulsive-like behaviors? *Behavior Research and Therapy*, 38, 119-128.
- Rice, K. G., Ashby, J. S. y Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304-314.
- Rodgers, R. F., Nichols, T. E., Damiano, S. R., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2019). Low body esteem and dietary restraint among 7-year old children: The role of perfectionism, low self-esteem, and belief in the rewards of thinness and muscularity. *Eating Behaviors*, 32, 65-68.
- Rodríguez-Jiménez, T., Blasco, L. y Piqueras A. J. (2014). Relación entre subtipos de sintomatología obsesivo compulsiva y perfeccionismo en adolescentes. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(2), 203-217.
- Rouveix, M., Bouget, M., Pannafieux, C., Champely, S., & Filaire, E. (2007). Eating Attitudes, Body Esteem, Perfectionism and Anxiety of Judo Athletes and Nonathletes. *International Journal of Sports Medicine*, 28(4), 340-345.
- Saboonchi, F., Lundh, L.-G., & Öst, 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., Elizathe, L. Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones*, 18, 81-88.
- Scappatura, M. L., Bidacovich, G., Banasco F. M. B. y Rutzstein, G. (2017). Dimensiones del perfeccionismo (adaptativo y desadaptativo) en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(2), 131-141.
- Schell, C. (2006). *Overcome by Perfection: a treatment manual for children with perfectionism* (Tesis de maestría). Campus Alberta Applied Psychology, University of Lethbridge, Canadá. Recuperado de goo.gl/R8NQbK
- Shafran, R., Egan, S. J. y Wade, T. D. (2010). *Overcoming perfectionism: a self-help guide using cognitive-behavioural techniques*. London, UK: Constable & Robinson.
- Shafran, R., Lee, M. y Fairburn, C. G. (2004). *Overcoming perfectionism: a self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. London, UK: Constable & Robinson.
- Shafran, R. y Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Snell, W. E., Jr., y Papini, D.R. (1989). The sexuality Scale: An instrument to measure sexual esteem, sexual depression, and sexual preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26, 256-263.
- Snell, W. E., Jr., (1996). Sexual Perfectionism Among Single Sexually Experienced Females. *Southeast Missouri State University*.
- Snell, W. E., Jr. (1997). The Multidimensional Sexual Perfectionism Questionnaire (MSPQ), Section I.
- Snell, W. E. Jr., y Rigdon, K.L. (2001). The Multidimensional Sexual Perfectionism Questionnaire: Preliminary evidence for reliability and validity. In W. E. Snell, Jr. (Ed.) *New directions in the psychology of human sexuality*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. Recuperado Junio 11, 2018 de <http://cstl-cla.semo.edu/wesnell/books/sexuality/chap15.htm> .

- Stairs, A. M., Smith, G. T., Zapsolski, T. C. B., Combs, J. L., & Settles, R. E. (2011). *Clarifying the Construct of Perfectionism. Assessment, 19(2), 146–166.*
- Steele, A. y Wade, T. D. (2008). A randomized trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 46, 1316-1323.*
- Stoeber, J., & Harvey, L. (2016). Multidimensional sexual perfectionism and female sexual function: A longitudinal investigation. *Archives of Sexual Behavior, 45, 2003-2014.*
- Soeber, J. y Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10(4), 295-319.*
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C. y Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 11, 3–11.*
- Teixeira, M., Pereira, A., Marques, M., Saraiva, J. & Macedo, A. (2016). Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 38, 135-140.*
- Valdez, M. J. L., y Guadarrama, G. R. (2007). Imagen corporal en bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud, 10(001), 63-68.*
- Vicent, J. M. (2014). Estudio del perfeccionismo y su relación con variables psicoeducativas en la infancia tardía.
- Weissman, AN y Beck, AT (1978) Desarrollo y validación de la escala de actitud disfuncional: una investigación preliminar. Reunión anual de la American Educational Research Association, Toronto.
- Wiederman M. (2000) La autoconciencia de la imagen corporal de las mujeres durante la intimidad física con una pareja. *J Sex Res, 37, 60-68.*

Zoleti , E. y Durakovi -Belko, E. (2009). Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatr Danub*, 21(3), 302-309.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar que doy mi consentimiento el día de hoy

_____ en _____

yo: _____ doy mi consentimiento para

participar en una investigación académica que conduce **González López Roxana**

Karina, estudiante de noveno semestre en Psicología. Estoy consciente que los datos

recabados durante la sesión serán utilizados fielmente y sin fines de lucro ya que recibí

una explicación clara y completa de la naturaleza general del estudio, y los propósitos de

las pruebas. También recibí información sobre el tipo de pruebas y los procedimientos

que van a aplicarse y la forma en que se utilizarán los resultados. Así mismo se me

informo que los datos que proporcione no serán difundidos y solo serán utilizados con

fines de investigación. Finalmente, entiendo que puedo dar por terminada mi

participación en el momento que no me sienta cómoda en la evaluación, sin afectación

alguna.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE PARTICIPA EN LA PRÁCTICA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA PRÁCTICA.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar que doy mi consentimiento el día de hoy

_____ en _____

yo: _____ doy mi consentimiento para

que mi hija _____ participe en una investigación académica

que conduce **González López Roxana Karina**, estudiante de noveno semestre en

Psicología. Estoy consciente que los datos recabados durante la sesión serán utilizados

fielmente y sin fines de lucro ya que recibí una explicación clara y completa de la

naturaleza general del estudio, y los propósitos de las pruebas. También recibí

información sobre el tipo de pruebas y los procedimientos que van a aplicarse y la forma

en que se utilizarán los resultados. Así mismo se me informo que los datos que

proporcione no serán difundidos y solo serán utilizados con fines de investigación.

Finalmente, entiendo que mi hija puede dar por terminada mi participación en el momento

que no se sienta cómoda en la evaluación, sin afectación alguna.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR DE LA PERSONA QUE PARTICIPA EN LA PRÁCTICA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA PRÁCTICA.

Anexo 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar que doy mi asentimiento el día de hoy
_____ en _____

yo: _____ doy mi consentimiento para participar en una investigación académica que conduce **González López Roxana Karina**, estudiante de noveno semestre en Psicología. Estoy consciente que los datos recabados durante la sesión serán utilizados fielmente y sin fines de lucro ya que recibí una explicación clara y completa de la naturaleza general del estudio, y los propósitos de las pruebas. También recibí información sobre el tipo de pruebas y los procedimientos que van a aplicarse y la forma en que se utilizarán los resultados. Así mismo se me informo que los datos que proporcione no serán difundidos y solo serán utilizados con fines de investigación. Finalmente, entiendo que puedo dar por terminada mi participación en el momento que no me sienta cómoda en la evaluación, sin afectación alguna.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE PARTICIPA EN LA PRÁCTICA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA PRÁCTICA.

INSTRUCCIONES

<ol style="list-style-type: none"> 1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla. 2. Contesta de manera individual. 3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible. Recuerda que no existen respuestas correctas ni incorrectas. 4. Especifica tu respuesta anotando una "X" en el cuadro que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces. 5. Recuerda que la información que proporciones será confidencial. 					
Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. Soy una persona que establece altos estándares para mí					
2. Me gusta que las cosas estén limpias					
3. Espero que los demás destaquen en todo lo que hacen					
4. Me siento bien cuando hago bien algo					
5. A menudo no estoy a la altura de mis propios estándares					
6. A menudo siento que las personas hacen demandas excesivas de mí					
7. La limpieza es muy importante para mí					
8. A menudo controlo mi trabajo cuidadosamente para asegurarme que no hay errores					
9. Siento una gran satisfacción cuando creo que he hecho algo perfecto					
10. Raramente siento que lo que he hecho es suficientemente bueno					
11. Otros esperan que sea perfecto					
12. Tengo metas muy altas					
13. Las cosas siempre deberían guardarse en su lugar					
14. A menudo reviso mi trabajo varias veces para encontrar algún error					
15. Es importante para mí que la gente que cercana a mí tenga éxito					
16. Después de completar una tarea, me siento feliz					

17. No importa lo bien que lo haga, todavía siento que podría hacerlo mejor					
18. Cuando cometo un error, me siento muy mal					
19. La gente espera mi perfección					
20. No haré algo si no puedo hacerlo a la perfección					
21. Quiero que las cosas siempre estén en orden					
22. Realmente no me gusta ver que gente cercana a mí cometer errores					
23. Me emociono cuando hago un buen trabajo					
24. Siento que mi mejor esfuerzo nunca es lo suficientemente bueno					
25. La gente espera que tenga éxito en todo lo que hago					
26. Tengo que hacer las cosas a la perfección, o no debería hacerlas					
27. Tiendo a establecer estándares muy altos para mí					
28. Me gusta que las cosas siempre estén organizadas					
29. Tengo altos estándares para las personas que son importantes para mí					
30. Hacer un gran trabajo es realmente gratificante					
31. Me enoja cuando cometo un error					
32. La gente espera altos niveles de rendimiento de mí					
33. No haré cosas si no puedo hacerlas a la perfección					
34. Definitivamente tengo estándares altos					
35. Me gusta ser ordenado en la forma en que hago las cosas					
36. Me lleva mucho tiempo hacer algo porque reviso mi trabajo muchas veces					
37. Siempre quiero trabajo de alta calidad de los demás					
38. Mi desempeño rara vez cumple con mis estándares					
39. No tiene sentido hacer algo si no puedo hazlo perfectamente					
40. Espero de mí altos niveles de rendimiento					
41. Intento ser una persona muy ordenada					
42. Me siento satisfecho cuando logro algo					
43. Me siento muy frustrado cuando no hago algo perfectamente					

44. Establezco estándares extremadamente altos para mí					
45. Intento siempre ser muy organizado					
46. Cuando miro algo, a menudo reviso los pequeños detalles					
47. Espero mucho de mis amigos					
48. Experimento sentimientos positivos después de lograr algo nuevo					
49. Siento que a menudo no logro ser el tipo de persona que quiero					
50. Me siento fracasado después de cometer un error					
51. Si algo sale mal, siento que no puedo hacer nada bien					
52. Creo que soy una persona organizada					
53. Puedo verificar mi trabajo varias veces para asegurarme que los detalles estén correctos					
54. Siento placer cuando completo las tareas					
55. A menudo me siento insatisfecho con mi trabajo / rendimiento					
56. Siento que lo mejor de mí nunca es lo suficientemente bueno para otras personas					
57. Me siento como un completo fracaso si no hago algo perfectamente					
58. Me siento satisfecho con mi trabajo después de hacer algo bien					
59. La gente espera mucho de mí					
60. Si noto que cometí un error en mi trabajo, siento que fallé en toda la tarea					
61. Siempre siento que hay algo mal en mi trabajo / rendimiento					

INSTRUCCIONES: A continuación, se enumeran varias declaraciones que se refieren al tema de las relaciones sexuales. Lea cada elemento cuidadosamente y decida hasta qué punto es característico de usted. Algunos de las declaraciones se refieren a una relación sexual específica. Siempre que sea posible, responda las preguntas con su compañero actual en mente. Si actualmente no está saliendo con nadie, responda las preguntas con su pareja más reciente en mente. Si nunca has tenido una relación sexual, responde en términos de lo que crees que serían tus respuestas. Luego, para cada enunciado, complete la respuesta en la hoja de respuestas que indique cuánto se aplica a usted usando la siguiente escala:

- A = Nada característico de mí.
- B = Ligeramente característico de mí.
- C = Algo característico de mí.
- D = Moderadamente característico de mí.
- E = Muy característico de mí.

1. Responderé a los siguientes elementos basados en:
 - (A) Una relación sexual actual.
 - (B) Una relación sexual pasada.
 - (C) Una relación sexual imaginaria.
2. Establecí estándares muy altos para mí como pareja sexual.
3. Otros me considerarían una buena pareja sexual incluso si no hay respuesta de mi parte todo el tiempo.
4. Mi pareja establece altos estándares de excelencia para sí mismo como compañero sexual.
5. Mi pareja espera que sea una pareja sexual perfecta.
6. Espero que mi pareja sea una pareja sexual competente y de primera categoría.
7. Siempre debo tener éxito como pareja sexual.
8. La gente a menudo espera más de mí como pareja sexual de lo que yo soy capaz de dar.
9. Mi pareja es perfeccionista ya que esta persona espera satisfacerme sexualmente todas y cada una de las veces.
10. Mi pareja exige nada menos que la perfección de mí como pareja sexual.
11. Mi compañero nunca debería defraudarme cuando se trata de mis necesidades sexuales.
12. Uno de mis objetivos es ser una pareja sexual "perfecta".
13. La mayoría de la gente espera que siempre sea una excelente pareja sexual.
14. Hace que mi pareja se sienta incómoda, el que él / ella sea menos que una pareja sexual perfecta.

15. Mi pareja siempre quiere que me esfuerce por complacerlo sexualmente.
16. No puedo soportar que mi pareja sea menos que una pareja sexual satisfactoria.
17. Pocas veces siento la necesidad de ser una pareja sexual "perfecta".
18. La mayoría de la gente me consideraría bien, incluso si no me desempeñé bien sexualmente.
19. Mi pareja no establece metas muy altas para ella misma como pareja sexual.
20. Mi pareja rara vez me presiona para ser una pareja sexual perfecta.
21. No espero el perfeccionismo de mi pareja sexual.
22. No tengo que ser la mejor pareja sexual en el mundo.
23. En general, la gente me aceptaría fácilmente incluso si yo no fuera el mejor compañero sexual en el mundo.
24. Mi compañero nunca aspira a ser perfecto como compañero sexual.
25. Mi pareja sexual no tiene metas muy altas para mí como pareja sexual.
26. En general, la gente me aceptaría fácilmente incluso si no fuera una gran pareja sexual.
27. No tengo metas muy altas para mí como pareja sexual.
28. La mayoría de la gente no espera que sea perfeccionista cuando se trata de sexo.
29. Mi pareja no siente que ella/él tiene que ser la mejor pareja sexual.
30. Mi pareja me aprecia incluso si no soy un amante sexual perfecto.
31. La mayoría de la gente no espera que sea perfeccionista cuando se trata de sexo.

RESPUESTAS

1.-		6.-		11.-		16.-		21.-		26.-		31.-	
2.-		7.-		12.-		17.-		22.-		27.-			
3.-		8.-		13.-		18.-		23.-		28.-			
4.-		9.-		14.-		19.-		24.-		29.-			
5.-		10.-		15.-		20.-		25.-		30.-			

<p>Instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla. 2. Contesta de manera individual. 3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible. Recuerda que no existen respuestas correctas ni incorrectas. 4. Específica tu respuesta anotando una "X" en el cuadro que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces. Recuerda que la información que proporciones será confidencial. 	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni de desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Soy una buena pareja sexual.					
2. Yo calificaría mi habilidad sexual como muy alta.					
3. Pienso que soy una muy buena pareja a nivel sexual.					
4. Yo me calificaría en un nivel bajo como pareja sexual.					
5. Tengo confianza en mí mismo como pareja sexual.					
6. Me siento deprimido por los aspectos sexuales de mi vida.					
7. Me siento cómodo con mi sexualidad.					
8. Me siento decepcionado por la calidad de mi vida sexual.					
9. Me siento triste con mi vida sexual.					
10. Me siento feliz con mi vida sexual.					
11. Pienso en sexo todo el tiempo.					
12. Pienso en sexo más que en cualquier otra cosa.					
13. Tiendo a estar preocupado con temas sexuales.					
14. Estoy constantemente pensando en tener sexo.					
15. Pienso en sexo una gran parte del tiempo					

INSTRUCCIONES					
A continuación, se le presenta una lista de diferentes aspectos corporales. Indique con una X la casilla que mejor corresponda a sus sentimientos respecto a los diferentes aspectos, de acuerdo a los siguientes criterios:					
	Fuertes sentimientos negativos	Sentimientos negativos	No tengo sentimientos positivos ni negativos	Sentimientos positivos moderados	Fuertes sentimientos positivos
1. Olor corporal					
2. Apetito					
3. Nariz					
4. Resistencia física					
5. Reflejos					
6. Labios					
7. Fuerza muscular					
8. Cintura					
9. Nivel de energía					
10. Muslos					
11. Orejas					
12. Biceps					
13. Barbilla					
14. Estructura corporal					
15. Coordinación física					
16. Nalgas.					

17. Agilidad					
18. Anchura de los hombros					
19. Brazos					
20. Pecho					
21. Aspecto de los ojos					
22. Mejillas					
23. Cadera					
24. Piernas					
25. Figura o apariencia					
26. Deseo sexual					
27. Pies					
28. Genitales					
29. Aspecto del abdomen					
30. Salud					
31. Actividades sexuales					
32. Vello corporal					
33. Condición física					
34. Cara					
35. Peso					

Instrucciones

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual.
3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible.
4. Específica tu respuesta anotando una "X" en el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
5. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.	<input type="radio"/>					
9. Pienso que mis piernas son demasiado anchas.	<input type="radio"/>					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	<input type="radio"/>					
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.	<input type="radio"/>					
31. Me gusta la forma de mis pompas o glúteos.	<input type="radio"/>					
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	<input type="radio"/>					
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	<input type="radio"/>					
59. Creo que mis pompis o glúteos son demasiado anchas.	<input type="radio"/>					
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	<input type="radio"/>					

Anexo 9.

Estadísticos descriptivos de la Medida de los Constructos Subyacentes al Perfeccionismo para grupo de grupo de modelos profesionales profesionales y estudiantes.

Ítem	Grupo de grupo de modelos profesionales profesionales						Estudiantes					
	Profesionales											
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1	4.15	4.50	5.00	0.99	-0.69	-0.86	3.50	4.00	4.00	0.96	-0.09	-0.88
2	4.75	5.00	5.00	0.44	-1.25	-0.49	4.25	4.00	5.00	0.74	-0.44	-1.03
3	3.95	4.00	4.00	0.83	-0.52	0.16	4.05	4.00	4.00 ^b	0.81	-0.09	-1.48
4	4.80	5.00	5.00	0.41	-1.62	0.69	4.80	5.00	5.00	0.40	-1.56	0.45
5	2.85	3.00	2.00 ^b	1.09	0.05	-0.63	3.28	3.00	3.00	0.99	0.25	-0.92
6	2.45	2.50	3.00	1.05	0.45	0.42	2.63	2.00	2.00	1.08	0.69	-0.06
7	4.55	5.00	5.00	0.51	-0.22	-2.18	4.20	4.00	5.00	0.85	-0.41	-0.06
8	4.40	4.00	4.00	0.59	-0.39	-0.57	4.13	4.00	4.00	0.76	-0.21	-1.19
9	4.65	5.00	5.00	0.67	-1.77	2.02	4.78	5.00	5.00	0.62	-3.23	11.11
10	2.70	3.00	3.00	0.73	-0.34	0.37	3.03	3.00	3.00	1.07	0.34	-0.38
11	3.10	3.00	3.00	1.25	-0.21	-0.51	2.83	3.00	3.00	1.08	0.37	-0.06
12	4.55	5.00	5.00	0.76	-2.19	5.89	4.13	4.00	4.00 ^b	0.79	-0.23	-1.34
13	4.40	5.00	5.00	0.75	-0.85	-0.61	4.05	4.00	4.00	0.75	-0.08	-1.16
14	4.00	4.00	4.00	0.72	-0.92	2.19	3.90	4.00	4.00	1.03	-0.67	-0.60
15	4.10	4.50	5.00	1.16	-1.32	1.27	4.18	4.00	5.00	0.78	-0.32	-1.27
16	4.50	5.00	5.00	0.61	-0.78	-0.21	4.55	5.00	5.00	0.81	-1.96	3.40
17	4.10	4.00	4.00	0.91	-1.14	1.16	3.80	4.00	5.00	1.14	-0.48	-1.18
18	3.75	4.00	4.00	1.07	-0.88	0.89	3.43	3.00	3.00	1.22	-0.86	-0.97
19	3.10	3.00	3.00	1.29	-0.20	-0.83	2.63	3.00	3.00	1.10	0.45	-0.13
20	2.10	2.00	2.00	0.85	0.36	-0.30	2.20	2.00	2.00	1.09	0.65	0.09
21	4.10	4.00	5.00	0.85	-0.20	-1.62	3.63	4.00	3.00	0.74	0.34	-0.47

22	2.40	2.00	1.00	1.43	0.52	-1.07	2.40	2.00	2.00	1.08	0.78	0.61
23	4.70	5.00	5.00	0.57	-1.84	2.86	4.50	5.00	5.00	0.78	-2.52	9.19
24	2.50	3.00	3.00	0.89	-0.25	-0.49	2.58	2.00	2.00	1.15	0.71	-0.03
25	3.50	4.00	4.00	1.23	-0.74	-0.15	3.23	3.00	3.00	0.97	0.05	0.42
26	2.45	2.50	3.00	1.15	0.37	-0.32	2.58	2.00	2.00	1.01	0.65	0.11
27	4.30	5.00	5.00	0.92	-1.12	0.359	3.65	4.00	3.00 ^b	0.92	-0.05	-0.79
28	4.45	4.50	5.00	0.60	-0.58	-0.46	4.10	4.00	4.00	0.74	-0.16	-1.13
29	3.95	4.00	4.00	0.99	-1.30	2.73	3.13	3.00	3.00	1.20	0.03	-0.63
30	4.60	5.00	5.00	0.59	-1.24	0.78	4.58	5.00	5.00	0.75	-2.99	12.64
31	3.50	3.50	3.00	1.00	-0.53	0.81	3.23	3.00	3.00	1.00	0.65	-0.51
32	3.35	3.50	4.00	1.18	-0.56	-0.16	3.38	3.00	3.00	0.81	0.12	-0.33
33	2.15	2.00	1.00	1.14	0.87	0.46	2.28	2.00	2.00	1.06	1.30	1.53
34	4.45	5.00	5.00	0.76	-1.02	-0.37	3.68	4.00	4.00	0.92	-0.34	-0.57
35	4.40	5.00	5.00	0.75	-0.85	-0.61	4.05	4.00	4.00	0.78	-0.43	-0.286
36	3.65	4.00	3.00 ^b	0.81	0.11	-0.41	3.65	4.00	3.00 ^b	1.03	-0.13	-1.09
37	3.55	4.00	4.00	1.09	-1.33	1.41	3.48	3.00	3.00	0.90	0.40	-0.64
38	2.90	3.00	2.00	1.33	0.20	-1.09	2.90	3.00	2.00	1.06	0.34	-0.67
39	2.05	2.00	2.00	0.83	0.52	0.16	2.18	2.00	2.00	1.01	1.20	1.63
40	4.15	4.50	5.00	1.09	-1.41	2.14	3.80	4.00	3.00	0.91	-0.01	-1.08
41	4.25	4.00	5.00	0.79	-0.49	-1.15	3.93	4.00	4.00	0.73	0.12	-1.05
42	4.70	5.00	5.00	0.57	-1.84	2.86	4.68	5.00	5.00	0.47	-0.78	-1.47
43	3.00	3.00	3.00	0.86	-0.55	-0.08	3.20	3.00	2.00	1.38	-0.01	-1.38
44	3.80	4.00	4.00	1.06	-0.45	-0.89	3.48	3.50	4.00	1.01	-0.01	-1.04
45	4.05	4.00	5.00	0.89	-0.10	-1.79	4.03	4.00	4.00	0.66	-0.03	-0.57
46	3.90	4.00	4.00	0.97	-0.56	-0.45	3.70	4.00	4.00	1.07	-0.29	-1.12
47	3.20	3.00	4.00	1.24	-0.24	-0.81	3.20	3.00	3.00	1.20	-0.03	-0.87
48	4.40	5.00	5.00	1.05	-2.16	5.09	4.58	5.00	5.00	0.75	-2.99	12.64
49	2.80	3.00	1.00	1.44	0.15	-1.29	3.00	3.00	3.00	1.22	0.17	-0.84
50	2.30	2.50	3.00	1.03	-0.38	-1.25	2.90	2.00	2.00	1.26	0.69	-0.87

51	1.85	1.00	1.00	1.09	0.87	-0.69	2.43	2.00	2.00	1.24	0.73	-0.23
52	3.95	4.00	5.00	1.15	-1.06	0.78	3.50	4.00	4.00	1.04	-0.87	0.37
53	3.85	4.00	4.00	0.99	-0.39	-0.77	3.88	4.00	4.00	0.88	-0.22	-0.81
54	4.35	5.00	5.00	0.87	-1.32	1.29	4.50	5.00	5.00	0.68	-1.55	3.28
55	2.65	2.50	1.00	1.42	-0.21	-1.38	2.88	2.00	2.00	1.34	0.37	-1.18
56	2.70	3.00	3.00	1.26	0.28	-0.70	2.53	2.00	2.00	1.34	0.37	0.09
57	1.60	1.00	1.00	0.82	0.91	-0.83	2.33	2.00	2.00	1.15	0.94	0.09
58	4.40	4.00	4.00	0.59	-0.39	-0.57	4.30	5.00	5.00	0.97	-1.55	2.46
59	3.35	4.00	4.00	1.35	-0.58	-0.72	3.18	3.00	3.00	0.96	0.18	0.37
60	2.30	2.00	2.00	0.98	0.44	-0.59	2.65	3.00	3.00	1.09	0.39	-0.14
61	2.10	1.50	1.00	1.25	0.69	-0.51	2.48	2.00	2.00	1.19	0.77	-0.08

Anexo 10

Estadísticos descriptivos del Cuestionario Multidimensional de Perfeccionismo Sexual para grupo de grupo de modelos profesionales profesionales y estudiantes emparejadas.

Ítem	Grupo de modelos profesionales						Estudiantes					
	Profesionales											
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1	1.70	2.00	1.00	0.73	0.55	-0.83	1.43	1.00	1.00	0.549	0.8	-0.43
2	1.80	2.00	1.00 ^b	1.32	0.10	-1.14	1.83	2.00	3.00	1.279	-0.04	-1.19
3	1.65	1.50	0.00	1.56	0.10	-1.81	1.90	2.00	2.00	1.336	-0.08	-1.41
4	1.50	2.00	0.00 ^b	1.36	0.35	-0.89	1.85	2.00	3.00	1.406	-0.13	-1.41
5	1.15	0.5	0.00	1.31	0.48	-1.63	1.25	1.00	0.00	1.171	0.69	-0.28
6	1.40	1.00	0.00	1.43	0.52	-1.07	1.28	1.00	1.00	1.086	0.55	-0.42
7	1.05	1.00	0.00	1.19	0.93	0.24	1.43	1.50	2.00	1.035	0.21	-0.42
8	0.85	0.00	0.00	1.27	1.34	0.68	0.65	0.00	0.00	0.921	1.60	2.99
9	1.70	2.00	0.00	1.42	0.10	-1.37	1.35	1.00	1.00	1.14	0.55	-0.34
10	0.80	0.00	0.00	1.06	1.04	-0.19	0.85	1.00	0.00	0.95	1.07	0.43
11	0.75	0.00	0.00	1.02	1.22	0.45	1.08	1.00	0.00	1.09	0.71	-0.27
12	1.30	1.00	0.00	1.22	0.33	-1.49	1.25	1.00	1.00	1.06	0.57	-0.25
13	0.85	1.00	0.00	0.93	0.76	-0.39	1.00	1.00	0.00	1.13	1.23	0.94
14	0.65	0.00	0.00	0.99	1.17	-0.04	0.70	0.00	0.00	0.85	0.89	-0.25
15	0.85	0.50	0.00	1.04	0.95	-0.25	0.83	1.00	0.00	0.78	0.32	-1.27
16	0.70	0.00	0.00	1.13	1.64	2.39	0.65	0.00	0.00	0.80	1.05	0.44
17	2.60	2.50	4.00	1.23	-0.07	-1.19	2.43	2.00	2.00	1.06	0.14	-1.16
18	1.90	1.50	1.00	1.45	0.42	-1.64	2.08	2.00	1.00	1.38	-0.02	-1.16
19	2.95	3.00	4.00	0.94	-0.31	-1.19	2.50	3.00	3.00	1.22	-0.62	-0.61
20	2.70	3.50	4.00	1.56	-0.74	-1.03	2.45	3.00	4.00	1.53	-0.19	-1.77
21	2.25	2.00	4.00	1.62	-0.28	-1.46	1.78	2.00	3.00	1.25	-0.13	-1.19
22	2.45	3.00	4.00	1.62	-0.28	-1.46	2.08	2.00	0.00 ^b	1.49	-0.13	-1.40

23	2.00	2.00	0.00 ^b	1.78	0.00	-1.89	1.60	1.00	1.00	1.29	0.51	-0.69
24	2.55	3.00	3.00	1.23	-0.50	-0.80	2.38	2.50	3.00	1.21	-0.33	-0.78
25	2.75	3.00	3.00 ^b	1.33	-0.97	-0.08	2.48	3.00	3.00	1.32	-0.54	-0.89
26	2.10	2.50	0.00 ^b	1.77	-0.17	-1.86	2.20	3.00	3.00	1.45	-0.42	-1.19
27	3.10	3.00	4.00	1.02	-0.88	-0.27	2.23	2.00	3.00	1.02	-0.63	-0.18
28	2.15	2.00	0.00 ^b	1.53	-0.28	-1.31	2.60	3.00	4.00	1.29	-0.45	-0.86
29	2.45	3.00	3.00	1.39	-0.66	-0.74	2.10	3.00	3.00	1.34	-0.59	-1.08
30	1.55	0.50	0.00	1.76	0.45	-1.69	0.75	0.00	0.00	1.29	1.76	1.89
31	1.80	1.00	0.00	1.64	0.28	-1.66	1.78	2.00	0.00	1.39	0.12	-1.26

Anexo 11

Estadísticos descriptivos de la Escala de Estima Sexual para grupo de modelos profesionales y estudiantes emparejadas.

Ítem	Grupo de modelos profesionales						Estudiantes					
	M	Mdn	Mo	SD	Sk	Ku	M	Mdn	Mo	SD	Sk	Ku
1	3.75	3.50	3.00	0.85	0.53	-1.42	3.75	4.00	4.00	1.01	-0.89	1.11
2	3.35	3.00	3.00	0.93	-0.38	1.21	3.20	3.00	3.00	0.97	-0.42	0.62
3	3.65	4.00	3.00 ^b	0.67	0.55	-0.55	3.43	4.00	4.00	1.08	-0.93	0.52
4	3.85	4.00	4.00	0.99	-1.13	2.32	3.85	4.00	5.00	1.14	-0.89	0.16
5	4.00	4.00	4.00 ^b	0.92	-0.45	-0.69	3.78	4.00	5.00	1.25	-0.96	0.20
6	1.65	1.00	1.00	0.81	0.77	- .100	1.93	2.00	1.00	1.07	1.08	0.53
7	1.50	1.00	1.00	0.61	0.78	-0.21	1.95	1.00	1.00	1.34	1.38	0.64
8	1.60	1.00	1.00	0.82	1.55	2.61	1.95	2.00	1.00	1.06	1.05	0.55
9	1.65	1.00	1.00	0.87	1.32	1.29	1.93	2.00	1.00 ^b	1.047	1.42	2.12
10	1.70	2.00	2.00	0.66	0.39	-0.55	2.00	2.00	2.00	1.038	1.30	1.86
11	1.55	1.00	1.00	0.83	1.69	2.96	1.98	2.00	2.00	0.69	0.03	-0.85
12	1.20	1.00	1.00	0.52	2.74	7.40	1.50	1.00	1.00	0.68	1.03	-0.09
13	1.55	1.00	1.00	0.76	1.02	-0.37	2.00	2.00	1.00	1.11	1.07	0.78
14	1.35	1.00	1.00	0.59	1.52	1.64	1.75	1.00	1.00	0.95	1.09	0.21
15	1.35	1.00	1.00	0.59	1.52	1.64	1.55	1.00	1.00	0.78	1.01	-0.57

Anexo 12

Estadísticos descriptivos de la Escala de Estima Corporal para grupo de modelos profesionales y estudiantes emparejadas.

Ítem	Grupo de modelos profesionales						Estudiantes					
	Profesionales						Estudiantes					
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1	3.70	4.00	5.00	1.17	-0.21	-1.46	3.45	3.00	3.00	0.90	0.27	-0.63
2	3.85	4.00	4.00	0.99	-0.39	0.77	3.30	3.00	3.00	0.99	-0.32	0.05
3	3.55	4.00	4.00	1.19	-1.07	0.41	2.73	3.00	3.00	1.06	-0.36	-1.05
4	3.50	4.00	4.00	1.10	-0.13	-1.26	3.20	3.00	3.00	0.88	-0.65	0.39
5	4.05	4.00	4.00	0.83	-0.72	0.53	3.45	3.00	3.00	0.88	-0.32	0.54
6	4.25	4.00	5.00	0.79	-0.49	-1.15	4.43	5.00	5.00	0.75	-1.28	1.53
7	3.50	4.00	4.00	1.00	-0.17	-0.92	3.15	3.00	2.00	1.09	0.18	-1.02
8	3.45	4.00	4.00	1.05	-0.76	0.14	3.08	3.00	3.00	1.18	-0.05	-0.79
9	3.75	4.00	4.00	0.91	-0.38	-0.37	2.95	3.00	3.00	1.04	-0.04	-0.01
10	3.50	3.00	3.00	1.15	-0.23	-0.39	3.18	3.00	4.00	1.11	-0.36	-0.75
11	3.55	3.00	3.00	0.99	0.38	-1.02	3.60	4.00	4.00	1.06	-0.48	-0.44
12	3.35	3.50	4.00	0.99	-0.08	-1.04	3.08	3.00	3.00	0.89	0.31	0.38
13	3.65	4.00	4.00	0.87	-0.25	-0.34	3.65	4.00	4.00	0.89	-0.82	1.00
14	3.85	4.00	4.00	0.93	-1.40	3.61	3.48	4.00	4.00	1.11	-0.59	0.04
15	4.00	4.00	4.00	0.86	-0.55	-0.08	3.45	3.00	3.00	1.15	-0.24	-0.68
16	3.70	4.00	4.00	1.08	-0.72	0.55	3.40	4.00	4.00	1.17	-0.15	-1.19
17	4.10	4.00	4.00	0.64	-0.08	-0.25	3.58	3.00	3.00	0.87	0.24	-0.69
18	3.15	3.00	3.00	1.14	-0.32	-0.31	3.10	3.00	2.00	1.21	0.07	-1.19
19	3.20	3.00	3.00 ^b	0.89	0.06	-0.86	2.83	3.00	2.00 ^b	1.26	0.10	-0.99
20	3.60	4.00	4.00	0.94	-0.32	-0.58	3.38	4.00	4.00	1.17	-0.59	-0.28
21	4.40	4.50	5.00	0.68	-0.71	-0.46	3.98	4.00	4.00	1.14	-1.36	1.50
22	4.05	4.00	4.00	0.83	-0.72	0.53	3.70	4.00	4.00	1.09	-0.73	0.19
23	3.80	4.00	4.00	1.00	-0.59	0.49	3.58	4.00	4.00	1.17	-0.79	-0.15

24	3.75	4.00	4.00	1.07	-0.88	0.89	3.80	4.00	4.00	1.20	-0.99	0.26
25	4.00	4.00	4.00	1.08	-1.41	2.17	3.43	4.00	4.00	1.11	-0.46	-0.51
26	2.90	3.00	3.00	1.16	-0.45	-0.42	3.90	4.00	5.00	1.08	-0.94	0.73
27	3.70	4.00	3.00	0.86	0.12	-0.73	3.25	3.00	3.00	1.21	0.034	-0.77
28	3.50	3.00	3.00	0.76	1.19	-0.04	3.38	3.00	4.00	0.70	-1.15	1.87
29	2.95	3.00	3.00	0.99	0.11	-0.41	2.53	2.00	2.00	1.15	0.62	-0.69
30	4.10	4.50	5.00	1.07	-0.79	-0.72	3.60	4.00	4.00	1.10	-0.33	-0.73
31	3.35	4.00	4.00	1.27	-0.74	-0.23	3.48	4.00	4.00	1.22	-0.47	-0.66
32	2.80	3.00	3.00	1.19	0.22	-0.49	2.73	3.00	3.00 ^b	1.13	-0.09	-1.05
33	3.55	3.00	3.00	1.15	0.09	-1.43	3.18	3.00	3.00 ^b	0.98	-0.88	0.381
34	4.50	5.00	5.00	0.69	-1.08	0.08	3.55	4.00	4.00	1.26	-0.60	-0.72
35	3.25	3.00	4.00	1.02	0.10	-1.16	2.88	3.00	2.00	1.28	0.32	-1.01

Anexo 13

Estadísticos descriptivos de la Subescala de Insatisfacción Corporal para grupo de modelos profesionales y estudiantes emparejadas.

Ítem	Grupo de modelos profesionales						Estudiantes					
	Profesionales											
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
2	0.45	0.00	0.00	0.89	1.93	2.83	0.73	0.00	0.00	1.11	1.17	-0.19
9	0.15	0.00	0.00	0.49	3.44	11.88	0.28	0.00	0.00	0.72	2.63	6.15
12	1.15	0.50	0.00	1.31	0.48	-1.63	0.48	0.00	0.00	0.90	1.72	1.65
19	1.50	1.00	1.00 ^b	1.19	0.10	-1.53	1.00	0.50	0.00	1.13	0.56	-1.24
31	1.65	2.00	2.00	1.14	-0.41	-1.19	1.00	1.00	0.00	1.09	0.63	-0.97
45	0.25	0.00	0.00	0.64	2.44	4.77	0.38	0.00	0.00	0.87	2.39	4.69
55	1.05	0.50	0.00	1.28	0.74	-1.22	0.93	1.00	0.00	0.86	0.40	-0.89
59	0.10	0.00	0.00	0.45	4.47	20.00	0.28	0.00	0.00	0.72	2.63	6.15
62	1.60	2.00	3.00	1.27	-0.16	-1.71	1.20	1.00	0.00	1.20	0.34	-1.49