

PERFECCIONISMO INFANTIL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA¹

CHILDHOOD PERFECTIONISM: A LITERATURE REVIEW

Leonardo Andrés Aguilar Durán² y Marilyn Yisneida Castellanos López

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela

RESUMEN

Aunque ha sido poco estudiado, la evidencia ha puesto de manifiesto el papel del perfeccionismo en los problemas de salud mental de niños y adolescentes. Este artículo constituye una revisión teórica sobre el perfeccionismo infantil. Consta de tres partes: la primera presenta –en orden sucesivo de aparición– los instrumentos que se emplean para evaluar el perfeccionismo en esta población, incluyendo para cada uno de ellos su descripción (i.e., ítems, dimensiones, formato de respuesta), proceso de construcción, propiedades psicométricas (i.e., validez y confiabilidad) y otros datos adicionales (e.g., disponibilidad del protocolo y adaptaciones si las hubiese); en la segunda parte se exponen los hallazgos y conclusiones de las investigaciones más relevantes realizadas dentro de cada marco de medición del perfeccionismo infantil; en la tercera y última parte se revisan las estrategias generales y específicas para el abordaje terapéutico del perfeccionismo insano en los niños. Este trabajo proporciona, a nuestro entender, un panorama actual, claro y bastante completo –sobre todo en el caso de los estudios en lengua castellana– acerca del estado del conocimiento respecto al tema en consideración.

Palabras clave: perfeccionismo infantil, personalidad, evaluación psicológica.

¹ Este manuscrito se desprende del trabajo de licenciatura de los autores: “Adaptación y validación de una escala de perfeccionismo infantil en niños venezolanos”.

² La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Leonardo Aguilar, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Ciudad Universitaria de Caracas. Dirección electrónica: leonardo.aguilar.d@ucv.ve

ABSTRACT

Although little has been studied, evidence has revealed the role of perfectionism in the mental health problems of children and adolescent. This article is a theoretical review about childhood perfectionism. It consists of three parts: the first presents –in successive order of appearance– the instruments used to evaluate perfectionism in this population, including for each of them its description (i.e., items, dimensions, response format), construction process, psychometric properties (i.e., validity and reliability) and additional data (e.g., availability of protocol and adaptations, if any); in the second part, the findings and conclusions of the most important research conducted within each measurement framework of childhood perfectionism are presented; in the third and last part, the general and specific strategies for treatment of insane perfectionism in children are reviewed. This paper provides, in our opinion, a recent, clear and fairly comprehensive perspective –especially in the case of studies in Spanish– about the state of knowledge with respect to the subject here treated.

Key words: childhood perfectionism, personality, psychological evaluation.

INTRODUCCIÓN

Una definición integradora entiende al perfeccionismo como una disposición de la personalidad caracterizada por esfuerzos de impecabilidad y el establecimiento de altos estándares de rendimiento, acompañados por una tendencia a excesivas evaluaciones críticas (Flett & Hewitt, 2002; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991, 2004; Stoeber & Childs, 2011). En cualquier caso, el perfeccionismo implica un conjunto de demandas autoimpuestas muy estrictas acerca de lo que la persona cree que debe llegar a ser (Oros, 2003, 2005).

Tal como lo reseñan Franco, Mancilla-Díaz, Vázquez, Álvarez y López (2010), la década de los noventa representó un punto de inflexión en el estudio del perfeccionismo debido a que algunos autores (e.g., Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Slaney & Johnson, 1992) propusieron estudiarlo como un constructo multidimensional, en contraposición a la perspectiva unidimensional (e.g., Adler, 1956; Burns, 1980; Hollender, 1965; Horney, 1937, 1950; Pacht, 1984) que prevalecía hasta ese momento.

Tras la consideración del perfeccionismo como un fenómeno multidimensional, se han desarrollado algunos instrumentos psicométricos que lo evalúan a través de distintas dimensiones:

Por un lado, Frost et al. (1990) diseñaron una Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F o FMPS por sus siglas en inglés). Se trata de un instrumento de autoinforme que se ha utilizado fundamentalmente en entornos clínicos, se centra en el aspecto negativo e incluye reactivos vinculados al plano interpersonal. La MPS-F está compuesta por seis subescalas correspondientes a las dimensiones del perfeccionismo postuladas por los autores: (1) Exigencias personales, (2) Preocupación por cometer errores, (3) Dudas sobre las acciones, (4) Expectativas parentales, (5) Críticas parentales y (6) Organización.

A la par, Hewitt y Flett (1991) elaboraron otra Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-H o HMPS por sus siglas en inglés), la cual es una de las medidas de autorreporte más utilizadas en la investigación de la variable, se focaliza en el aspecto negativo y de carácter interpersonal, evaluando el constructo en tres dimensiones: (1) Perfeccionismo autorientado, (2) Orientado hacia los otros y (3) Prescrito socialmente.

Las escalas mencionadas hacen énfasis en el aspecto negativo del constructo, mientras que la Almost Perfect Scale Revised (APS-R por sus siglas), diseñada por Slaney, Rice, Mobley, Trippi y Ashby (2001), caracteriza tanto el aspecto negativo como el aspecto positivo del perfeccionismo a través de tres subescalas: (1) Altos estándares, (2) Orden y (3) Discrepancia. Las dos primeras representan el aspecto positivo, mientras que la última designa el aspecto negativo del perfeccionismo.

Aunque, como se adelantaba, el perfeccionismo también se relaciona con aspectos saludables como la organización, la disciplina, el afecto positivo y los logros académicos (Cox, Enns, & Clara, 2002; Fedewa, Burns, & Gómez, 2005; Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005), lo que hace incorrecto suponer que el perfeccionismo se asocie solo con aspectos patológicos, la tendencia dominante es a considerarlo como un rasgo negativo debido a que ha sido asociado con diversos problemas clínicos. De ello dan cuenta varios autores (e.g., Blatt, 1995; Lombardi, Florentino, & Lombardi, 1998; Oros, 2005; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002), quienes explican que los individuos perfeccionistas exhiben generalmente una amplia variedad de características poco saludables.

Tal como expone Oros (2003, 2005), la literatura especializada aporta suficientes indicadores como para sospechar que el perfeccionismo negativo actúa como factor de riesgo para la salud física, mental y emocional de los individuos, constituyéndose por tanto en un factor que podría incrementar la vulnerabilidad psicológica, el cual no solo debe diagnosticarse a tiempo, sino además ser tratado apropiadamente con el objetivo de prevenir trastornos en el futuro.

El Perfeccionismo en los Niños y Adolescentes

Los investigadores han buscado entender el desarrollo de los diversos trastornos mentales mediante la investigación de las causas y correlatos de los problemas de adaptación en los niños y adolescentes, dificultades en las cuales el papel de los factores de la personalidad es una cuestión clave (Flett, Hewitt, Boucher, Davidson, & Munro, 2000).

El perfeccionismo es un rasgo de personalidad de temprana aparición (Hollender, 1965), por lo que debe estar presente y ser detectable en algunos niños. De hecho, la revisión de la literatura sobre el desarrollo infantil revela numerosas referencias a niños y adolescentes con tendencias perfeccionistas (Flett et al., 2000). Así que como lo señala Oros (2003, 2005), el perfeccionismo no es exclusivo del mundo adulto, sino que también los niños pueden desarrollar este tipo de cogniciones, presentar estándares muy elevados y aspirar a un ideal de conducta difícil, si no imposible, de alcanzar.

Si bien en los últimos años se ha incrementado la cantidad de investigaciones destinadas al estudio del perfeccionismo, no se ha explorado lo suficiente en el ámbito infantil (Oros, 2005). Apreciación en la que también coinciden Rice y Preusser (2002) cuando afirman que los estudios sobre perfeccionismo se han centrado en adultos jóvenes y en población clínica igualmente adulta, dejando de lado a los niños en edad escolar a pesar de que se sabe que la infancia y la adolescencia son los momentos vitales de mayor importancia para el desarrollo del perfeccionismo (Flett & Hewitt, 2002).

Por otra parte, en cuanto a los abundantes estudios que relacionan el perfeccionismo con la patología, se dice que el panorama no debería ser muy diferente en el curso de la infancia (Oros, 2005). Si bien, como se ha afirmado, el perfeccionismo puede tener sus aspectos positivos, Flett et al. (2000) desde un principio lo consideraron como una característica negativa o neurótica debido a que había tomado parte en la discusión de ciertas condiciones indeseables en el ámbito infantil y adolescente como el dolor (Liebman, 1978), el suicidio (Delisle, 1990), las tendencias anoréxicas (Faust, 1987; Heron & Leheup, 1984; Strober, 1980), la fobia escolar (Atkinson, Quarrington, Cyr, & Atkinson, 1989) y el

bajo rendimiento (Mandel & Marcus, 1988). Así que el perfeccionismo es una variable de personalidad que debe encontrarse en la génesis de las dificultades psicológicas que sufren los niños (Hewitt et al., 2002).

Instrumentos de Medición

En general, la comprensión de los problemas de adaptación en los niños y adolescentes ha avanzado significativamente. Sin embargo, la investigación se ha visto limitada por el hecho de que muchos rasgos de potencial importancia no han sido examinados, en parte, debido a la falta de medidas adecuadas de personalidad en estas edades (Flett et al., 2000).

Este es el caso del perfeccionismo, rasgo para el cual si bien hay varios instrumentos para evaluarlo en adultos, son escasos los que se han elaborado con fines de detección precoz en la población infantil y adolescente.

Tal como razonan Lozano, García, Martín y Lozano (2012), si la infancia es una etapa fundamental en la prevención de los trastornos psicológicos que se producen en la adolescencia y en la adultez, es fundamental poseer una tecnología adecuada que evalúe el perfeccionismo en los niños y sus consecuencias en la salud mental. Las escalas que se presentan a continuación se insertan en dicho objetivo (un cuadro comparativo de las mismas puede leerse al final del artículo).

Child-Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) de Flett et al. (2000).

Fue desarrollada tomando como modelo la MPS-H de Hewitt y Flett (1991). Consta de 22 ítems que se contestan en una escala de cinco puntos (*falso/no totalmente verdadero para mí*, que se califica con el valor 1; *mayormente falso*, que se califica con el valor 2; *ni falso ni verdadero*, que se califica con el valor 3; *mayormente verdadero*, que se califica con el valor 4; y *muy verdadero para mí*, que se califica con el valor 5).

Un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax produjo una solución de dos factores. El primer factor, el Perfeccionismo socialmente prescrito, representó el 28.7 % de la varianza total, está compuesto por 12 ítems que hacen referencia a la presión que recibe la persona de los demás para alcanzar metas poco realistas (e.g., “There are people in my life who expect me to”/“Hay personas que esperan que sea perfecto”), las correlaciones ítem-total oscilaron entre .28 y .59; las puntuaciones en esta subescala pueden oscilar entre 12 y 60. El segundo factor, el Perfeccionismo autorientado, representó 12.2 % de la varianza, está formado por 10 ítems que hacen referencia a cuando las personas realizan autoimposiciones poco reales sobre ellas mismas (e.g., “I try to be perfect in every thing I do”/“Intento ser perfecto en todo lo que hago”), las correlaciones elemento-total variaron de .36 a .76; su rango de puntuación posible es de 10 a 50. Los ítems del perfeccionismo orientado a otros no fueron retenidos, la razón de esto es que los niños son menos propensos que los adultos a imponer con éxito sus normas a los demás.

El instrumento ha demostrado una buena confiabilidad tanto en la subescala que mide Perfeccionismo orientado a sí mismo, como en la que mide Perfeccionismo socialmente prescrito, respectivamente, se han reportado niveles de alfa de Cronbach de: .85 y .81 (Flett et al., 2000); .85 y .86 (Hewitt et al., 2002); .88 y .82 (McVey, Pepler, Davis, Flett, & Abdolell, 2002); .75 y .82 (Castro et al., 2004); .86 y .88 (Nicoll, 2007); .75 y .82 (Rosewall, 2009); .87 y .88 (Al Sayed & Robledo, 2010); .85 y .86 (Douilliez & Hénot, 2013); y .80 y .84 (Rodríguez-Jiménez, Blasco, & Piqueras, 2014).

Las correlaciones test-retest, calculadas con un intervalo de cinco semanas entre aplicaciones, evidencian la estabilidad del perfeccionismo autorientado ($r = .74, p < .01$) y del prescrito socialmente ($r = .66, p < .01$). Castro et al. (2004) también informa de una fiabilidad test-retest adecuada ($r = .80$) con un intervalo de una semana entre evaluaciones.

Se han llevado a cabo adaptaciones de esta escala en España (Castro et al., 2004), Turquía (Uz-Baş & Siyez, 2010), Francia (Douilliez & Hénot, 2013), Portugal (Bento, Pereira, Saraiva, & Macedo, 2014) y China (Yang, Hong, Tao, & Zhu, 2015). El protocolo de aplicación de este instrumento se encuentra disponible en los trabajos de Caelian (2005),

Cook (2012), Darbouze-Bonyeme (2014), Moss (2011), Nicoll (2007) y Rosewall (2009).

Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale (AMPS) de Rice y Preusser (2002).

Se trata de una escala diseñada en Estados Unidos que permite medir el perfeccionismo en niños, enfatizando en las características conductuales manifestadas en el esfuerzo realizado por alcanzar la perfección.

La misma está destinada a niños de entre 9 y 11 años de edad, quienes deben responder a los reactivos eligiendo una opción de las ofrecidas en una escala Likert de cuatro puntos (que va de la opción *muy parecido a mí* a la opción *muy diferente a mí*).

Inicialmente, Rice y Preusser (2002) tomaron de las conceptualizaciones cognitivas y psicodinámicas del perfeccionismo el contenido pertinente para los ítems. De esta manera, identificaron en los escritos de autores clásicos (e.g., Adler, 1956; Blatt, 1995; Burns, 1980; Hamachek, 1978) los aspectos fundamentales sobre el fenómeno, además consideraron las concepciones contemporáneas acerca del mismo (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Slaney et al., 2001).

La AMPS evalúa tanto el perfeccionismo sano como el neurótico a través de 27 ítems, que se agrupan en cuatro dimensiones: (a) Sensibilidad por cometer errores, es decir, temores asociados al hecho de equivocarse (9 ítems, e.g., “When I make a mistake, I feel so bad that I want to hide”); (b) Autoestima contingente, es decir, sentimientos positivos acerca de sí mismo cuando algunos de los estándares son alcanzados (8 ítems, e.g., “When one thing goes wrong, I wonder if I can do anything right”); (c) Compulsividad, es decir, preferencias por el orden y la organización así como persistencia en la realización de tareas (6 ítems, e.g., “I take a long time to do something because I check it many times”); y (d) Necesidad de admiración, es decir, interés en ser reconocido, admirado y apreciado por el trabajo ejemplar y los altos estándares (4 ítems, e.g., “I want to be perfect so that others will like me”).

La consistencia interna de las dimensiones es adecuada, sus coeficientes alfa de Cronbach han sido .91, .86, .87 y .85, respectivamente.

Al igual que la MPS-F de Frost et al. (1990) en el caso de los adultos, la AMPS incluye la preocupación por los errores como una característica esencial de la conducta perfeccionista en los niños. Por su parte, la dimensión Autoestima contingente (i.e., sentimientos positivos sobre sí mismo que están vinculados a algún tipo de actividad o estándar de desempeño) parece ser lo opuesto de la dimensión Discrepancia medida por la APS-R de Slaney et al. (2001). En cuanto a la Compulsividad, esta dimensión guarda una similitud conceptual con las subescalas Organización y Estándares Personales de la MPS-F (Frost et al., 1990) así como con las subescalas Orden y Altos estándares de la APS-R (Slaney et al., 2001). Finalmente, la dimensión Necesidad de admiración es la única que no parece ser comparable con las medidas existentes de perfeccionismo usadas para los adultos.

La escala ha sido adaptada a la población infantil turca (Uz-Baş, 2010) y china (Fong & Yuen, 2011). El protocolo de aplicación de este instrumento puede ser consultado en los trabajos de Fong (2012) y Schell (2006).

Escala de Perfeccionismo Infantil de Oros (2003).

Es un instrumento autoadministrado que permite evaluar perfeccionismo en niños. El mismo incluye 16 ítems que se agrupan en dos dimensiones: (a) Autodemandas y (b) Reacciones ante el fracaso, de 8 ítems cada una.

La versión definitiva del cuestionario fue estudiada en una muestra de 583 niños escolarizados (309 niñas y 274 varones), pertenecientes a las provincias de Entre Ríos y Buenos Aires (Argentina), comprendidos en un rango de edad de 8 a 13 años ($M = 11.03$), de nivel socioeconómico medio.

Se estudió el poder discriminativo de los ítems a través de la prueba t para muestras independientes, encontrando resultados satisfactorios para todos los reactivos de la escala ($p = .000$).

Para la extracción de factores se consideró en primer lugar un criterio teórico bajo el cual se hipotetizaba que las cogniciones perfeccionistas se agruparían bajo el criterio propuesto por Hewitt y Flett (1991), en donde los pensamientos perfeccionistas orientados hacia sí mismo se distinguirían del perfeccionismo socialmente prescripto. Sin embargo, los ítems que reflejaban pensamientos perfeccionistas se agruparon en un factor que podría denominarse Autodemandas, mientras que ciertas emociones y actitudes asociadas al fracaso de estas autodemandas se agruparon en un segundo factor que podría denominarse Reacción ante el fracaso.

La dimensión de las Autodemandas, que expresa un perfeccionismo orientado hacia sí mismo, evalúa la tendencia de los niños a exigirse la perfección y a evitar constantemente los errores y equivocaciones. Este factor incluye creencias irracionales del tipo: “Necesito ser el mejor” y “Debo ganar siempre”. La dimensión de Reacciones ante el fracaso refleja las emociones y actitudes asociadas al fracaso de las autodemandas. Se incluyen en este factor enunciados como los siguientes: “Me critico mucho a mí mismo” o “Me cuesta perdonarme cuando me equivoco”.

Debido a que el segundo factor incluía reacciones emotivas muy diferentes, la autora decidió realizar una refactorización del mismo, encontrando que las emociones asociadas al fracaso se podían clasificar en tres grupos: (a) Culpa y remordimiento, (b) Malestar y (c) Autocastigo.

Se hallaron niveles de consistencia interna satisfactorios, tanto en relación con la escala total ($\alpha = .83$) como con cada subescala: Autodemandas ($\alpha = .82$) y Reacciones ante el fracaso ($\alpha = .70$).

Dado que aún no se dispone de una muestra lo suficientemente amplia como para elaborar un baremo, la autora de la escala sugiere establecer valores altos, medios o bajos de perfeccionismo mediante el cálculo de percentiles, considerando el 25 % superior de las frecuencias como puntuaciones altas, el 25 % inferior como bajas y el 50 % restante como puntuaciones medias.

Con este instrumento se han realizado algunos trabajos en España, próximamente serán publicados los datos psicométricos sobre su validación (J.A. Piqueras, comunicación personal, 13 de marzo, 2015). El protocolo de aplicación de esta escala puede solicitarse al correo electrónico de su autora (L.B. Oros, comunicación personal, 27 de mayo, 2013).

Inventario de Perfeccionismo Infantil (IPI) de Lozano et al. (2012).

Se trata de un inventario que, cumpliendo estrictos requisitos psicométricos, mide el perfeccionismo infantil desde una perspectiva multidimensional. El mismo quedó formado finalmente por 25 ítems, está concebido como una escala tipo Likert de cinco alternativas de respuesta, siendo 1 = *nunca* a 5 = *siempre*. El protocolo de aplicación de este inventario puede solicitarse al correo electrónico de uno de sus autores (L. Lozano González, comunicación personal, 2 de junio, 2013).

Se realizó, por psicólogos clínicos experimentados en el tratamiento de niños, un banco inicial de 60 ítems, adaptados al desarrollo cognitivo de la población a la que iban dirigidos. Cubrían cada uno de los tres factores integrantes de la MPS-H (Hewitt & Flett, 1991) y los cuatro de la AMPS (Rice & Preusser, 2002). Se calcularon los estadísticos descriptivos de la muestra y se analizaron las propiedades de los ítems, desechándose todos aquellos cuyo índice de discriminación no superaba el .30.

La muestra con la que se trabajó estuvo compuesta por 2260 participantes, de los cuales el 51.2 % eran varones y el 48.8 % eran mujeres. El rango de edad osciló entre los 8 y los 13 años ($M = 9.94$ y $DE = 1.268$), desde 2º hasta 6º de educación primaria. Los colegios fueron elegidos mediante un muestreo aleatorio estratificado, el 78.1 %

correspondía a enseñanza pública y el 21.9 % a enseñanza privada concertada, el 16.2 % residía en zona rural y el 83.8 % en áreas urbanas.

El análisis factorial exploratorio reveló la existencia de tres dimensiones que explican el 66.23 % de la varianza total. El primer factor, compuesto por 8 ítems, evalúa la percepción que el niño tiene sobre la Presión externa perfeccionista que se ejerce sobre él, hace referencia a que el niño percibe su medio ambiente próximo como demandante de conductas perfectas (e.g., “Para que los demás me valoren tengo que hacer las cosas mejor que nadie”). El segundo factor, formado también por 8 ítems, evalúa el nivel de Autoexigencia, es decir, informa de la actitud perfeccionista con la que el niño se enfrenta a sus tareas (e.g., “Aunque otros me digan que hice bien mis tareas, pienso que podría haberlas hecho todavía mejor”). El tercer factor, compuesto por 9 ítems, se considera como Autovaloración, de forma que cuanto mayor sea la puntuación que alcanza el niño, peor se valora a sí mismo; esta dimensión evalúa la presencia de juicios negativos sobre sí mismo cuando su ejecución no es todo lo excelente que desea (e.g., “Cuando no hago las cosas tan bien como quiero, siento que no valgo para nada”). El análisis factorial confirmatorio comprobó que los tres factores iniciales (viz. Autovaloración, Autoexigencia y Presión externa) son explicados por un único factor de segundo orden que se denomina Perfeccionismo.

Los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach son considerados más que aceptables, sobre todo teniendo en cuenta el bajo número de ítems que componen cada factor: .90 para Presión externa, .82 para Autoexigencia, .90 para Autovaloración, y .95 para Perfeccionismo.

Ante los resultados obtenidos los autores asumen, en la línea de Flett et al. (2000) y de Rice y Preusser (2002), que el perfeccionismo es multifactorial. Las dos primeras dimensiones que conforman el IPI se han denominado Presión externa (e.g., “Mis padres me castigan o riñen cuando no hago las cosas perfectamente”) y Autoexigencia (e.g., “No me gusta ser ni el segundo, quiero ser el primero”). Estas dos dimensiones podrían corresponderse, respectivamente, con el Perfeccionismo prescripto socialmente y el Perfeccionismo orientado hacia sí mismo de Flett et al. (2000). No obstante, los ítems

elaborados para cubrir las dimensiones de Sensibilidad a los errores (e.g., “Me siento nervioso cuando veo un error en mi trabajo”), Necesidad de admiración (e.g., “Si la gente se da cuenta que cometo algún error pensará que no valgo”) y Autoestima contingente (e.g., “Cuando no hago las cosas tan bien como quiero, siento que no valgo para nada”) de la AMPS (Rice & Preusser, 2002) se agrupan en una única dimensión que se le ha denominado Autovaloración.

Al igual que ocurre en la CAPS (Flett et al., 2000), los ítems que evaluaban el Perfeccionismo orientado hacia los demás fueron eliminados del inventario, pues ningún ítem alcanzaba un índice de discriminación superior a .30. Desde la perspectiva del desarrollo infantil esto puede considerarse adecuado, ya que los niños todavía no han aprendido ni están aún en condiciones de exigir nivel de excelencia alguno en las conductas de los demás, pero sí están bajo el influjo del tipo de exigencias que su entorno escolar y familiar les prescriben, siendo estas conductas adultas las que modelan las actitudes y los comportamientos perfeccionistas infantiles que posibilitan la aparición de trastornos emocionales de diversos tipos. Igualmente, los ítems que conformaban la escala de Compulsividad también desaparecieron del análisis. Contrariamente a los resultados obtenidos por Rice y Preusser (2002), las preferencias por el orden, la organización y por un sistema deliberadamente metódico en la realización de las tareas no parecen ser preocupaciones importantes para los niños de la educación primaria, al margen de que las consultas o quejas de los padres a profesores y psicólogos escolares sobre estos aspectos estén a la orden del día.

Investigaciones en el Área

Se revisa a continuación la investigación desarrollada desde los cuatro marcos de medición del perfeccionismo infantil a los que se hizo referencia.

Con la CAPS (Flett et al., 2000).

Los análisis psicométricos que establecieron la multidimensionalidad de la CAPS se

realizaron con una muestra aleatoria de 247 niños y adolescentes (112 chicos, 135 chicas) de Toronto (Canadá), cuya edad media fue de 13.28 años ($DE = 3.23$). Para obtener la consistencia temporal de las subescalas participaron 39 niños de una escuela rural, cuya edad promedio fue de 13.53 años ($DE = 2.08$). Inicialmente, otros tres estudios se llevaron a cabo (Flett et al., 2000).

En el primer estudio tomaron parte 98 estudiantes (49 niños y 49 niñas) de dos escuelas secundarias en Toronto, la edad media de los participantes fue de 16.63 años ($DE = 1.03$). Ambas dimensiones del perfeccionismo correlacionaron positivamente con el esfuerzo en la escuela, pero solo el perfeccionismo autorientado se asoció con el disfrute. Esta dimensión también se asoció con los motivos académicos relacionados con la identificación (e.g., comprender el tema, descubrir si se está o no en lo correcto), los factores intrínsecos (e.g., disfrute, diversión) y la introyección (e.g., sentirse mal consigo mismo); mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito fue asociado con la introyección (e.g., para que el profesor piense que se es un buen estudiante) y un locus de control externo (e.g., para no meterse en problemas, por seguir las reglas). Asimismo, el perfeccionismo autorientado tuvo una correlación alta con el deseo personal de perfección y una asociación modesta pero igualmente significativa con los deseos de perfección de la madre, por su parte el perfeccionismo socialmente prescrito correlacionó significativamente con los deseos maternos y paternos de perfección.

En un segundo estudio participaron 131 estudiantes (59 niños, 72 niñas) de una escuela secundaria en Toronto, con edad media de 15.96 años ($DE = 0.95$). Hubo una significativa y fuerte correlación entre la CAPS y la subescala de Perfeccionismo del Eating Attitudes Test (EAT, Garner & Garfinkel, 1979; Garner, Olmstead, & Polivy, 1983). El perfeccionismo autorientado se asoció con la importancia de la apariencia, mientras que el perfeccionismo socialmente prescrito se asoció con menor autoestima social y debida a la apariencia, así como con actitudes alimentarias anoréxicas, tendencias bulímicas y control excesivo.

En el tercer estudio se incluyeron 107 estudiantes (45 niños, 62 niñas) de Barrie (Ontario, Canadá), cuya edad media fue de 13.47 años ($DE = 0.90$). Las asociaciones del perfeccionismo autorientado sugieren que es una dimensión relativamente adaptativa. Por el contrario, el perfeccionismo socialmente prescrito se asoció con síntomas de pensamiento desorganizado (i.e., distracción y desorden en el pensamiento), desviación (i.e., comportamientos inusuales o extraños), depresión (i.e., tristeza generalizada y desesperanza), ideación persecutoria (i.e., bajo nivel de confianza en los demás y de apoyo percibido), introversión social (i.e., pocas habilidades para interactuar y baja necesidad de afiliación), autodesprecio (i.e., autoevaluación negativa e insatisfacción con los logros personales) e hipocondría (i.e., preocupación por molestias físicas).

Los autores de la CAPS estaban interesados en comprobar si las relaciones encontradas en adultos entre las diferentes dimensiones del perfeccionismo y los diversos tipos de desajuste relacionados, también se encontraban en niños. Aunque la mayoría de las aplicaciones de la CAPS se han realizado con adolescentes, Hewitt et al. (2002) realizaron un estudio con 114 estudiantes (45 chicos y 69 chicas) de 10 a 15 años ($M = 12.30$, $DE = 1.77$) y concluyeron que el perfeccionismo socialmente prescrito correlacionaba positivamente con la depresión, la ansiedad, la ira y el estrés social, mientras que el perfeccionismo orientado hacia sí mismo solo lo hacía con la ansiedad y la depresión. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en otros trabajos en niños (Nobel, 2007) y en adultos, donde se considera que el perfeccionismo socialmente prescrito está más ampliamente asociado con las dificultades psicológicas que el perfeccionismo orientado hacia sí mismo (Hewitt, Flett, Besser, Sherry, & McGee, 2003).

Según el balance de Elizathe, Arana, Murawski y Rutzstein (2009), pocas investigaciones han indagado la influencia del perfeccionismo en las conductas alimentarias y la autoimagen en los niños. Un interesante antecedente había concluido que el perfeccionismo en la niñez, evaluado en retrospectiva, podría predecir el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres adultas (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997). Podría citarse en este plano a Tyrka, Waldron, Graber y Brook-Gunn (2002), quienes encuentran que elevados niveles de

perfeccionismo en la adolescencia (12 a 18 años) permitían predecir el inicio de trastornos alimentarios a la edad de 20 a 24 años. Otro trabajo desarrollado en el área es el estudio de Saling, Ricciardelli y McCabe (2005) con 326 niños (150 niñas y 176 varones) de escuelas primarias de Melbourne (Australia), en edades comprendidas entre los 8 y 10 años, el cual encontró al perfeccionismo, entre otras características psicológicas, como predictor de la preocupación por la musculatura y la comida.

Un estudio más reciente con jóvenes portugueses, en el que también se utilizó la CAPS, tuvo como objetivo investigar la asociación entre el perfeccionismo y la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes de ambos sexos (Bento et al., 2010). Participaron 997 estudiantes, 441 chicos (42.2 %) y 556 chicas (55.8 %), con edades comprendidas entre 14 y 20 años ($M = 16.88$, $DE = 1.192$), de dos escuelas públicas ubicadas en Coímbra ($n = 424$, 42.5 %) y Cantanhede ($n = 573$, 57.5 %), en el centro de Portugal. Los resultados mostraron que, en ambos géneros, altos niveles de perfeccionismo están asociados con las conductas alimentarias de riesgo, no obstante, el perfeccionismo autorientado solo debe ser considerado como un predictor de la conducta alimentaria patológica en las chicas.

Castro et al. (2004) se propusieron evaluar las dimensiones del perfeccionismo en adolescentes con anorexia nerviosa en comparación con adolescentes de la población general. Se conformaron dos grupos de adolescentes de sexo femenino: (a) el grupo de pacientes con anorexia, estuvo compuesto por 71 adolescentes, con edades comprendidas entre 11 y 19 años ($M = 15.3$, $DE = 1.7$); y (b) el grupo de participantes de la población general, constó de 113 adolescentes de escuelas primarias y secundarias en Barcelona (España), cuyas edades también oscilaron entre 11 y 19 años ($M = 14.6$, $DE = 2.1$).

Con respecto al grupo de comparación, las pacientes con anorexia nerviosa tuvieron puntuaciones medias más altas en perfeccionismo autorientado ($p < .001$) y en autopresentación perfeccionista ($p < .001$), pero no en perfeccionismo socialmente prescrito ($p = .292$). Las correlaciones de la autopresentación perfeccionista (véase Hewitt, Flett, Sherry et al., 2003) y las conductas alimentarias riesgosas con el perfeccionismo

autorientado fueron mayores que con el perfeccionismo socialmente prescrito. Ambas dimensiones del perfeccionismo mostraron correlaciones significativas con la sintomatología depresiva. Entre el 39 % y el 42 % de las pacientes con anorexia obtuvo una puntuación más alta que la media en el grupo control en perfeccionismo autorientado y autopercepción perfeccionista. Por último, 40 % de las pacientes mostraron altos niveles de las mencionadas modalidades de perfeccionismo.

El estudio de Castro-Fornieles et al. (2007) comparó el nivel de perfeccionismo en pacientes con trastornos alimentarios, con trastornos depresivos y ansiosos, y en sujetos de la población general, para determinar si ciertas dimensiones del perfeccionismo eran más específicas en quienes tenían algún trastorno de la alimentación. Participaron tres grupos de mujeres: (a) con trastornos alimentarios ($n = 108$; edad media = 16.5, $DE = 4.1$), anorexia ($n = 75$) y bulimia nerviosa ($n = 33$); (b) pacientes psiquiátricas ($n = 86$; edad media = 17.5, $DE = 4.3$) con trastornos de ansiedad ($n = 38$, 44.2 %), depresión ($n = 32$, 37.2 %) y de adaptación ($n = 16$, 18.6 %); y (c) participantes saludables ($n = 213$; edad media = 16.7, $DE = 4.5$).

Las pacientes bulímicas y anoréxicas puntuaron más alto en perfeccionismo autorientado ($p < 0.001$) que los otros dos grupos, no así en cuanto al perfeccionismo socialmente prescrito ($p = 0.054$). En el grupo de pacientes con trastornos de la alimentación, el porcentaje de participantes que puntuó alto en el perfeccionismo autorientado fue significativamente mayor que en los otros grupos, mientras que el porcentaje de pacientes con trastornos alimentarios con alto perfeccionismo socialmente prescrito fue similar al encontrado en el grupo de pacientes psiquiátricos y solo difirió respecto a los participantes con un buen estado de salud. Finalmente, el perfeccionismo autorientado demostró ser un predictor de los trastornos alimentarios.

El trabajo de Pamies y Quiles (2014) tuvo por objetivo evaluar las dimensiones del perfeccionismo que estaban relacionadas con conductas alimentarias de riesgo en una muestra representativa de adolescentes españoles de ambos géneros, así como analizar si existían diferencias significativas en estas dimensiones entre los adolescentes con mayor y

menor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Participaron 2142 adolescentes de la provincia de Alicante, 47.2 % chicos ($n = 1012$) y 52.8 % chicas ($n = 1130$), con una media de edad de 13.96 años ($DE = 1.34$), que asistían a centros educativos de educación secundaria (cinco públicos, uno privado y tres concertados).

Las dos dimensiones del perfeccionismo presentaron relaciones positivas y significativas con las diferentes puntuaciones obtenidas en el Eating Attitudes Test (EAT-40 de Garner & Garfinkel, 1979; adaptado a la población española por Castro, Toro, Salamero, & Guimerá, 1991; y posteriormente validado como prueba cribado de TCA en la población general por Irala et al., 2008). En el caso de los chicos, las relaciones más elevadas se encontraron entre el perfeccionismo autorientado y el factor restricción alimentaria ($r = .27, p < .01$) y la puntuación total del EAT-40 ($r = .29, p < .01$), en las chicas las relaciones más elevadas también se encontraron entre las mismas dimensiones (en ambas: $r = .24, p < .01$). Los adolescentes con mayor riesgo de desarrollar un TCA tenían mayores puntuaciones tanto en el perfeccionismo autorientado como en el prescrito socialmente. Para ambos géneros, cuando se consideraba la puntuación total en el EAT-40, el perfeccionismo autorientado fue el predictor más importante (i.e., explicó un mayor porcentaje de varianza) del riesgo de desarrollar un TCA.

Pamies y Quiles (2014) concluyen que el perfeccionismo constituye un factor de vulnerabilidad psicológica que debe diagnosticarse y tratarse a tiempo para prevenir la aparición de los TCA. Respecto a futuras líneas de investigación, las autoras estiman interesante utilizar diseños longitudinales que permitan conocer si las dimensiones del perfeccionismo predicen los cambios en las conductas alimentarias de riesgo. Además, sería de interés considerar si las dimensiones del perfeccionismo actúan como variables mediadoras o moderadoras en los modelos que tratan de explicar el desarrollo de los TCA.

Pasando a otro tema, la investigación de Rodríguez-Jiménez et al. (2014) tuvo como objetivo analizar las relaciones entre los tipos de sintomatología obsesivo compulsiva y las dimensiones de perfeccionismo (auto o socialmente orientado) en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 326 estudiantes (180 chicos y 146 chicas) de Educación Secundaria

Obligatoria y Bachillerato de la provincia de Alicante, con un rango de edad de 12 a 18 años ($M = 15.26$, $DE = 1.80$); 46.9 % pertenecía al nivel socioeconómico medio, 13.5 % al nivel bajo y 39.6 % al nivel alto; 87.5 % ($n = 285$) había nacido en España, mientras que el resto de la muestra tenía diferentes nacionalidades.

La sintomatología obsesivo compulsiva general correlacionó positivamente con ambas dimensiones de perfeccionismo ($p < .01$), es decir, que los adolescentes con puntuaciones elevadas en dichos síntomas refieren ser más perfeccionistas, mostrando de forma significativa una mayor preocupación perfeccionista tanto orientada socialmente como autorientada. Los resultados del análisis de regresión jerárquica ponen de manifiesto que la sintomatología obsesivo compulsiva general es predicha por ambos tipos de perfeccionismo. Por dimensiones del trastorno obsesivo compulsivo: Duda/Comprobación, Obsesión y Orden fueron las que más se asociaron a ambas dimensiones de perfeccionismo, Lavado se asoció con Perfeccionismo autorientado únicamente, Neutralización se asoció solo con Perfeccionismo socialmente orientado y Acumulación no se asoció con perfeccionismo.

De acuerdo con Casullo (2004), los adolescentes perfeccionistas tienen un mayor riesgo suicida. La investigación epidemiológica realizada (Casullo, 1994, 1998) le permitió confirmar que una de las tipologías comportamentales vinculadas con ideaciones e intentos suicidas en la adolescencia corresponde al depresivo-perfeccionista: jóvenes muy rígidos que se exigen un alto rendimiento y se manejan con altas expectativas de logro, necesitan la aprobación social, son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica, tienden a idealizar a las personas amadas que han fallecido, son propensos a internalizar sentimientos agresivos y hostiles, se muestran solitarios, entre otras características. La investigación en el marco de la CAPS confirma que el perfeccionismo, especialmente el de naturaleza social, se asocia con una mayor ideación y conducta suicida entre los adolescentes (Boergers, Spirito, & Donaldson, 1998; Caelian, 2005; Donaldson, Spirito, & Farnett, 2000; Freudenstein et al., 2012; Hewitt, Caelian, Chen, & Flett, 2014; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; Roxborough, 2008; Roxborough et al., 2012).

Con la AMPS (Rice & Preusser, 2002).

Desde la perspectiva que ofrece la AMPS, Rice, Kubal y Preusser (2004), en un estudio con 113 niños de 9 a 11 años, concluyeron que la sensibilidad a los errores estaba asociada con un descenso en los niveles de felicidad y satisfacción y con una mayor inestabilidad emocional. La autoestima contingente mostraba un efecto diferencial en niños y niñas: cuanto mayor fuese la autoestima contingente en las niñas menos problemas de conducta aparecían, pero no ejercía un efecto protector significativo ante la ansiedad; contrariamente, en los niños, la autoestima contingente aparecía como un factor de estabilidad emocional. La compulsividad y la necesidad de admiración se relacionaban inversamente, y de una manera significativa, con estabilidad emocional: la compulsividad estaba relacionada negativamente con la felicidad y la satisfacción tanto en niños como en niñas; sin embargo, la necesidad de admiración estaba inversamente relacionada con la felicidad y satisfacción únicamente en las niñas.

Al Sayed y Robledo (2010) exploraron la correlación entre las dimensiones del perfeccionismo y del autoconcepto en el alumnado de primaria de Egipto. 284 niños participaron en el estudio. Se encontraron correlaciones significativas positivas entre la compulsividad y todas las subescalas del autoconcepto: Académico ($r = .29, p < .001$), No académico ($r = .22, p < .001$) y para la Autovaloración general ($r = .21, p < .001$). Los estudios realizados con adolescentes habían encontrado igualmente que una alta necesidad de orden y organización podía resultar adaptativa (Dixon, Lapsley, & Hanchon, 2004).

Del mismo modo, la necesidad de admiración correlacionó significativamente y en dirección positiva con las subescalas de autoconcepto: académico ($r = .23, p < .001$), no académico ($r = .28, p < .001$) y autovaloración ($r = .23, p < .001$). En contra de lo que se esperaba (véanse Dixon et al., 2004; Parker, 1997; Rice et al., 2004), la sensibilidad a los errores se correlacionó de manera significativa en una dirección positiva con el autoconcepto académico ($r = .14, p < .05$), no obstante, sus correlaciones con el autoconcepto no académico y la autovaloración no fueron significativas ($r = -.05, p > .05$ y $r = .05, p > .05$, respectivamente). Estos resultados apoyan la afirmación de que el

perfeccionismo también puede tener aspectos positivos en el caso infantil.

El estudio de Uz-Baş (2011) examinó la relación entre perfeccionismo con ansiedad, satisfacción con la vida y rendimiento académico, además se propuso determinar si las dimensiones del perfeccionismo podían predecir dichas variables con niños en edad escolar. Participaron 418 niños (198 niñas y 220 chicos), con edades entre 9 y 15 años ($M = 11.75$, $DE = 1.56$), que asistían a tres escuelas públicas ubicadas en Esmirna (Turquía). Los resultados revelaron que la sensibilidad a los errores y la necesidad de admiración correlacionaron significativa y positivamente con la ansiedad, mientras que la autoestima contingente y la compulsividad hicieron lo propio con todos los dominios de la satisfacción con la vida y el rendimiento académico. La sensibilidad a los errores constituyó un predictor significativo de la ansiedad, mientras que la autoestima y la compulsividad aparecieron como predictores de la satisfacción ante la vida y los logros académicos.

La investigación de Miloseva y Vukosavljevic-Gvozden (2014) tuvo como objetivo explorar la relación del perfeccionismo con la ansiedad y la depresión en los niños. La muestra estuvo conformada por 468 alumnos (279 niñas y 189 niños), con edades entre 11 y 14 años, que cursaban entre 5° y 8° grado en dos escuelas primarias de Štip (Macedonia). El grupo de niños con síntomas de ansiedad y depresión, en comparación con el resto de los grupos de niños de la muestra, mostraron mayores puntuaciones en sensibilidad a los errores y necesidad de admiración, pero en la autoestima contingente sus calificaciones eran bajas. Entre los niños del grupo con síntomas de ansiedad, las dimensiones más pronunciadas de perfeccionismo eran la sensibilidad a los errores y la compulsividad. El grupo de niños con síntomas de depresión mostró puntajes relativamente bajos en todas las dimensiones de perfeccionismo, especialmente en sensibilidad a los errores y autoestima. Los niños sin síntomas evidentes mostraron puntuaciones más bajas en las dimensiones de perfeccionismo con excepción de la dimensión autoestima contingente, en la que mostraron puntuaciones más altas. Todo lo cual es consistente con los resultados de estudios previos (Belavić, 2006; Rice et al., 2004).

Efectivamente, los resultados sugieren la asociación del perfeccionismo con la ansiedad y la depresión. Cuando se controló el impacto de la ansiedad, la depresión correlacionó significativa y positivamente con la dimensión de sensibilidad a errores y negativamente con la dimensión autoestima contingente; pero cuando se controló el efecto de la depresión, solo la correlación entre ansiedad y autoestima contingente no resultó estadísticamente significativa. Así que mientras algunos estudios sugieren una mayor asociación del perfeccionismo con la depresión que con la ansiedad, los resultados obtenidos por Miloseva y Vukosavljevic-Gvozden (2014), en consonancia con los reportados por Belavić (2006) con niños croatas, evidenciaron que existe una asociación más fuerte entre perfeccionismo y ansiedad. Sin embargo, este estudio no permite establecer conclusiones de naturaleza causal entre los constructos, es decir, no se puede decir con propiedad si los niños perfeccionistas son más propensos a desarrollar ansiedad y síntomas depresivos, o si, por ejemplo, los niños con tendencias depresivas tienden a aliviar sus síntomas asumiendo una mentalidad perfeccionista.

Tomando en cuenta que la ansiedad y la depresión están en un continuo en el que, en la mayoría de los casos, las condiciones de ansiedad preceden al estado de depresión (Belavić, 2006; Vulić-Prtorić, 2004), se puede asumir que existe una asociación directa entre perfeccionismo y ansiedad que conduce al desarrollo de los síntomas depresivos. El círculo entre el perfeccionismo y la ansiedad (Belavić, 2006) puede ser descrito como sigue: los niños que son ansiosos tienen la necesidad de controlar su entorno para evitar posibles peligros, por lo tanto piensan que todo lo que hacen tiene que ser hecho a la perfección, cuando la preocupación en cuanto a la comisión de equivocaciones se hace más intensa se incrementa la ansiedad, misma que a su vez reduce la eficiencia aumentando la probabilidad de cometer errores. Los niños ansiosos pueden experimentar emociones negativas si todo no está en perfecto orden y saliendo de acuerdo a lo previsto (Rice et al., 2004). Estos niños son muy ordenados y meticulosos, no pueden relajarse si no completan la tarea hasta el final, por lo tanto logran altas puntuaciones en las subescalas Sensibilidad a los errores y Necesidad de admiración. Las opiniones de otras personas son muy importantes para los niños ansiosos, ellos necesitan ser elogiados para sentir que su trabajo es aprobado y, de esta manera, reducir sus niveles de ansiedad.

Con la Escala de Perfeccionismo Infantil (Oros, 2003).

Ahora en referencia a las dimensiones propuestas en el trabajo de Oros (2003) para la comprensión del perfeccionismo infantil, se advierte que las mismas proveen un dato interesante al comprobar que si bien los niños no han establecido una diferencia entre las autoprescripciones y las demandas impuestas por otros (clasificación de Hewitt & Flett, 1991), sí han logrado diferenciar los pensamientos perfeccionistas de las emociones asociadas al fracaso.

Como parte de ese mismo trabajo, y a modo exploratorio, se realizó un análisis de regresión a partir del cual se pudo observar que, como ocurre con la mayoría de las variables psicológicas, la relación entre los pensamientos perfeccionistas y las emociones asociadas al fracaso es circular. De esta manera, un niño que cree fehacientemente que no debe cometer errores y aun así los comete aumenta la probabilidad de experimentar emociones de tono negativo como malestar y culpa. Al mismo tiempo, estas emociones desagradables llevan a instaurar nuevamente, y quizá como un modo de defensa ante esta experiencia dolorosa de fracaso, el pensamiento de no volver a equivocarse, con lo cual se cierra el circuito pensamientos perfeccionistas – fracaso – emoción negativa.

Por otro lado, dado que los resultados de su trabajo muestran que las reacciones ante el fracaso articulan aspectos independientes entre sí (i.e., actitudes de castigo, emociones de malestar, culpa y remordimiento), la medición de estos arrojaría información relevante acerca del perfeccionismo infantil, pues no es lo mismo responder con enojo ante la frustración que reaccionar con culpa. La autora estima interesante trabajar en la construcción de escalas de perfeccionismo que apunten a operacionalizar estas subdimensiones y analizar estas respuestas a la luz de la teoría atribucional, ya que la culpa y el autocastigo podrían indicar una atribución interna del fracaso pero quizá podría no suceder lo mismo con el malestar.

El trabajo de Piñeiro (2007) procuró analizar en qué medida el perfeccionismo y las creencias de autoeficacia predicen el rendimiento académico en niños de 11, 12 y 13 años.

Concluyó que el poder predictivo del perfeccionismo sobre el rendimiento académico de los niños está supeditado a la intervención de la inteligencia. Cuando se selecciona una muestra heterogénea en relación con la inteligencia, los niños perfeccionistas muestran un desempeño escolar más pobre que los niños no perfeccionistas; no así cuando la variable extraña se mantiene constante.

En su trabajo de licenciatura, Quinteros (2007) procuró estudiar de qué manera las características propias de personalidad del niño de 9 a 12 años y la percepción que el mismo tiene del estilo de crianza de sus padres, predicen el desarrollo de creencias perfeccionistas disfuncionales. Concluyó que los rasgos de personalidad observados predicen el perfeccionismo infantil: a mayor neuroticismo en el niño, mayor probabilidad de que desarrolle creencias perfeccionistas disfuncionales. La percepción que los niños tienen del estilo de control de sus padres también predice el perfeccionismo: aquellos niños que perciben un control mediante amenazas y privación de afecto de ambos padres serían más proclives a desarrollar creencias perfeccionistas disfuncionales comparados con aquellos que perciben un estilo de crianza menos coercitivo y más adaptativo.

Con el objetivo de evaluar si existían diferencias en perfeccionismo entre niños con riesgo y sin riesgo de trastorno alimentario, Elizathe et al. (2011) llevaron a cabo un estudio con 243 niños (122 niñas y 121 varones) cuya edad promedio fue de 11.46 ($DE = 0.92$) años. Encontraron una diferencia significativa en el puntaje total de perfeccionismo ($p = .001$) y en cada una de sus subescalas, Autodemandas ($p = .017$) y Reacciones ante el fracaso ($p = .000$), entre los niños con y sin riesgo de trastorno alimentario, presentando los primeros las medias superiores. Sin embargo, al repetir los análisis dividiendo la muestra por sexo, las diferencias halladas no se mantuvieron para la subescala Autodemandas para las niñas ($p = .101$) y tampoco para los varones ($p = .136$).

El estudio de Elizathe, Murawski, Custodio y Rutzstein (2012) se propuso evaluar el riesgo de trastorno alimentario y el perfeccionismo en niños y analizar si existía asociación entre ambas variables. La muestra estuvo conformada por 337 niños escolarizados (172 niñas y 165 varones) de entre 9 y 13 años de edad ($M = 11.04$, $DE =$

0.912), que concurren al quinto (35 %), sexto (33 %) y séptimo (32 %) grado de cuatro escuelas primarias de Buenos Aires: dos públicas (49.55 %, $n = 167$) y dos privadas (50.45 %, $n = 170$).

Se constató una asociación significativa positiva entre el riesgo de presentar algún trastorno alimentario y el perfeccionismo ($r = .40$, $p < .001$), la cual se observa también con cada una de las subescalas del perfeccionismo, tanto con Autodemandas ($r = .26$, $p < .001$) como con Reacciones ante el fracaso ($r = .43$, $p < .001$). Adicionalmente se repitieron los cálculos subdividiendo la muestra por sexo, y se observó que se conservaban todas las asociaciones halladas con la muestra total. Por otra parte, el grupo de niños con riesgo de trastorno alimentario confirmado presentó una media superior en la puntuación total de perfeccionismo. Se puede concluir que el perfeccionismo constituye una variable asociada al riesgo de trastornos alimentarios en niños.

Oros, Iuorno y Serppe (2014) analizaron en qué medida los rasgos de personalidad del niño y las demandas parentales excesivas pueden predecir el perfeccionismo insano y, a su vez, se estudió cómo se relaciona este con las emociones positivas y con la depresión. La brecha que separa lo que el niño cree que es de lo que realmente quisiera ser, se ve aumentada en la mayoría de los casos por influencia de la propia familia y de las relaciones con otros significativos. Aquellos padres que sostienen expectativas exageradas en cuanto al rendimiento de sus hijos y/o que mantienen un elevado nivel de crítica y culpabilización ante los fracasos de los mismos podrían predisponer a este tipo de disfunciones. No obstante, en este estudio se hipotetizó que para el desarrollo del perfeccionismo no se necesitan únicamente modelos parentales patogénicos, sino además una estructura de personalidad que propicie su aparición y consolidación. Por tal motivo, se analizó qué rasgos de personalidad del niño facilitan el desarrollo de creencias irracionales y qué porcentaje de varianza explican en comparación a las demandas parentales.

Se trabajó con una muestra no aleatoria de niños ($n = 196$) y niñas ($n = 208$) con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años ($M = 10.30$, $DE = 1.03$). Para estudiar las relaciones entre las variables de estudio se realizaron análisis de regresión lineal múltiple.

Los resultados indicaron que la personalidad junto con las demandas parentales explican significativamente el perfeccionismo infantil ($p < .01$), siendo la combinación personalidad y demandas maternas ($R^2 = .21$) algo más influyente que la combinación personalidad y demandas paternas ($R^2 = .18$). De los rasgos de personalidad, el que único predictor significativo es el neuroticismo ($p < .05$); y de las demandas parentales, la que predice con mayor potencia al perfeccionismo es la demanda de rendimiento ($p < .01$). Por otro lado, se observó que el perfeccionismo influye significativamente sobre la experiencia de emociones positivas ($p < .01$), de modo que a medida que se incrementan las autodemandas perfeccionistas, disminuyen los sentimientos de gratitud y aumenta la satisfacción personal (especialmente referida al ítem: “Siento que soy muy valioso”). Además, se encontró que ambas dimensiones del perfeccionismo (autodemandas y reacciones ante el fracaso) predicen la depresión infantil. A mayores autodemandas perfeccionistas, mayor autoimagen negativa y mayor falta de energía. Por otra parte, a mayores reacciones negativas ante el fracaso, mayor depresión.

En Argentina no se habían realizado estudios que vincularan al perfeccionismo infantil con los estados emocionales positivos y negativos al mismo tiempo. Ahora se corrobora lo que numerosas investigaciones afirmaban, es decir, la existencia de una relación entre pensamientos perfeccionistas frecuentes y la manifestación de síntomas de depresión, a causa de la incapacidad del niño de cumplir con las demandas excesivamente elevadas (Oros et al., 2014). Esta conclusión no es sino parte de una aseveración mayor que pone de relieve que, con respecto a la experiencia emocional, las personas perfeccionistas tienen una baja frecuencia de emociones positivas y disfrutan poco de sus éxitos y logros, y que de hecho, los afectos predominantes de los individuos perfeccionistas son generalmente de tono negativo (e.g., culpa, enojo, tristeza, futilidad, displacer, inferioridad, vergüenza).

Uno de los estudios que formó parte de la tesis doctoral de Ruiz (2014) tuvo como objetivo abordar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad, el perfeccionismo y la regulación verbal en población infanto-juvenil con determinados patrones disfuncionales de personalidad, los cuales fueron evaluados por el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (adaptación española de Aguirre, 2004). La muestra estuvo compuesta de 123

participantes (53 % chicas y 47 % chicos), con edades comprendidas entre 12 y 15 años ($M = 13.18$, $DE = 1.05$), que en el momento del estudio se encontraban escolarizados en dos centros educativos, uno en la ciudad de Almería y otro en la ciudad de Granada (España).

En un primer análisis se observó una fuerte correlación de la sensibilidad a la ansiedad (i.e., miedo a experimentar los síntomas de ansiedad) con la variable Autodemandas ($r = .420$, $p < .001$) y una correlación moderada con la variable Reacciones ante el fracaso ($r = .343$, $p < .001$), lo que podría indicar que altos niveles de rigidez pueden llevar a emociones negativas por no alcanzar los propios estándares disfuncionales, generando así mayores síntomas ansiosos. La escala Rebelde (i.e., un tipo de orientación sobre sí mismo que se desarrolla como una forma de protección para contrarrestar de forma anticipada el engaño y el desprecio proveniente de los otros, se asocia al trastorno antisocial) correlacionó de manera positiva y moderada con las Autodemandas ($r = .258$, $p = .009$) y las Reacciones ante el fracaso ($r = .310$, $p = .002$). La escala Oposicionista (propia de individuos que dudan entre orientarse hacia sí mismos o hacia otros, a veces se comportan de manera obediente y otras reaccionan de forma desafiante, semejante a la personalidad negativista) mostró una correlación moderada y positiva con las Autodemandas ($r = .272$, $p = .006$) y correlacionó de manera fuerte y positiva con las Reacciones ante el fracaso ($r = .420$, $p < .001$). Por otra parte, la escala Tendencia límite (i.e., una orientación emocionalmente disfuncional que dificulta la adaptación debido a la ambivalencia) correlacionó de manera positiva y moderada con las Autodemandas ($r = .269$, $p = .006$) y mostró una correlación más fuerte y también positiva con las Reacciones ante el fracaso ($r = .443$, $p < .001$). Las relaciones del perfeccionismo con las escalas de personalidad Rebelde, Oposicionista y de Tendencia límite llevan a pensar que es una variable que en sus rangos elevados (i.e., el perfeccionismo “extremo”) se encuentra en la base de estos patrones de personalidad disfuncionales, generando en los niños menor flexibilidad psicológica o estilos de pensamientos más rígidos, baja tolerancia a la frustración o al malestar, además de una emocionalidad intensa y en ocasiones ambivalente.

A su vez, la escala de personalidad Conformista (que sería característica de los individuos con formas prudentes y controladas de comportarse, que parecen haber sido

obligados a aceptar los valores que otros les han impuesto) correlacionó de manera negativa y débil con el perfeccionismo, específicamente con la subescala Reacciones ante el fracaso ($r = -.197, p = .048$). En cuanto a las escalas referidas a preocupaciones expresadas, se encuentra la escala de Difusión de la identidad (i.e., la transición, a veces caótica y perturbadora, desde la inconsciencia de la infancia a la identidad adulta) con una correlación positiva y moderada con las Autodemandas ($r = .248, p = .013$) y las Reacciones ante el fracaso ($r = .307, p = .002$). Por otra parte, entre las escalas que se refieren a síndromes clínicos, se encuentra la de Propensión a la impulsividad (i.e., los excesos típicos de los adolescentes) que correlacionó de manera positiva y moderada con las Autodemandas ($r = .277, p = .005$) y con las Reacciones ante el fracaso ($r = .354, p < .001$). De acuerdo al razonamiento de Ruiz (2014), estos dos últimos hallazgos irían de la mano con los estudios del desarrollo psicológico, pues la adolescencia es una época de ambivalencia emocional y de identidad, lo que puede generar reacciones de culpa, miedo al fracaso y emociones intensas que lleven a tomar decisiones poco reflexivas.

Un segundo análisis encontró un efecto diferencial en las correlaciones mencionadas al distribuir a los participantes según su tendencia inicial en una tarea experimental de regulación verbal. En el grupo con tendencia a seguir las instrucciones se observó una correlación fuerte y positiva entre la escala Sumiso (distintiva de las personas que han aprendido que el sentirse bien, seguro y confiado deriva casi exclusivamente de su relación con los otros, tiene su equivalente en la personalidad dependiente) y las Reacciones ante el fracaso ($r = .470, p = .016$), también entre estas y la introversión ($r = .404, p = .04$), el oposicionismo ($r = .528, p = .006$), la tendencia límite ($r = .726, p < .001$) y la escala Difusión de la identidad ($r = .442, p = .024$). Asimismo, las Autodemandas mostraron una correlación positiva y fuerte con la Sensibilidad a la ansiedad ($r = .600, p = .001$). Dentro del grupo con tendencia a no seguir las instrucciones la escala Egocéntrico (i.e., la sobrevaloración de sí mismo, una seguridad y superioridad a veces basada en falsas premisas) mostró una relación fuerte y positiva con las Autodemandas ($r = .425, p = .009$) y una correlación positiva aunque moderada con las Reacciones ante el fracaso ($r = .334, p = .044$). En cuanto a la escala Rebelde se observaron correlaciones fuertes y positivas con las Autodemandas ($r = .456, p = .005$) y las Reacciones ante el fracaso ($r = .520, p = .001$). La

escala Oposicionista tuvo una correlación moderada y positiva con las Autodemandas ($r = .331, p = .045$) y una correlación fuerte y positiva con las Reacciones ante el fracaso ($r = .603, p < .001$). De otro lado, destaca la de Propensión a la impulsividad que mostró correlaciones positivas y fuertes con las Autodemandas ($r = .572, p < .001$) y las Reacciones ante el fracaso ($r = .621, p < .001$). Se observó una correlación positiva y moderada de la Sensibilidad a la ansiedad con las Reacciones ante el fracaso ($r = .368, p < .025$) y las Autodemandas ($r = .340, p = .04$). Por otra parte, las Reacciones ante el fracaso correlacionaron de manera fuerte y positiva con las tendencias límite ($r = .499, p = .002$) y la difusión de la identidad ($r = .450, p = .005$), de manera positiva y moderada con la predisposición a la delincuencia ($r = .370, p = .024$) y mostraron una correlación fuerte y negativa con el conformismo ($r = -.479, p = .003$). En el grupo de tendencia mixta se observó que la Sensibilidad a la ansiedad tuvo una correlación positiva y moderada con las Autodemandas ($r = .323, p = .048$), y positiva y fuerte con las Reacciones ante el fracaso ($r = .412, p < .01$).

En el grupo que sí sigue instrucciones se observó el mayor puntaje en las escalas de estilos disfuncionales de personalidad, mientras que el grupo con tendencia a no seguir las instrucciones mostró puntajes más bajos en las variables medidas. Valorados globalmente, estos resultados podrían indicar que los niños con mayor tendencia a seguir las reglas o con un control instruccional más rígido podrían generar prototipos de personalidad más disfuncionales; por el contrario, se podría hipotetizar que tener comportamientos más flexibles en cuanto al seguimiento de reglas, o incluso un mayor contacto con las contingencias directas, puede ser un factor de protección o salutogénico en el desarrollo de características desadaptativas de personalidad, o en el desarrollo de problemas relacionados con los síntomas de ansiedad.

En la actualidad se está desarrollando un proyecto para evaluar las dimensiones sociales del perfeccionismo (i.e., el perfeccionismo socialmente prescripto y el perfeccionismo orientado a los demás) en niños argentinos de entre 8 y 12 años de edad (L.B. Oros, comunicación personal, 7 de julio, 2015). El estudio es responsabilidad de la Dra. Laura Oros, la Lic. Mónica Serppe y la Lic. Sonia Chemisquy, el mismo está siendo

cofinanciado por la Universidad Adventista del Plata (UAP) de Entre Ríos y la Universidad de la Cuenca del Plata (UCP) de Misiones.

Con el IPI (Lozano et al., 2012).

Dentro del marco del IPI, para Lozano et al. (2012) resulta básico avanzar en el conocimiento de las diferentes relaciones que pueden existir entre perfeccionismo, depresión y fracaso escolar, ya que este último sumado a las dificultades en la supervisión parental y la depresión, son factores de riesgo en el consumo de sustancias en la adolescencia (López & Rodríguez-Arias, 2010).

El trabajo de Lozano, García, Lozano, Martín y Pedrosa (2008a) tuvo como objetivos comprobar si en la población infantil asturiana existía una relación directa entre la desesperanza y la depresión, además de su implicación en el rendimiento académico del alumnado, y si los esquemas perfeccionistas influían en el nivel de desesperanza. Se trabajó con 1190 alumnos (49.5 % hombres y 50.5 % mujeres), sus edades estaban comprendidas entre 8-12 años ($M = 9.95$, $DE = 1.24$). Mediante el modelo de ecuaciones estructurales obtenido se puede señalar que a mayor nivel de presión externa, mayor autovaloración negativa y menor autoexigencia, mayor es el nivel de desesperanza. Igualmente, un nivel alto de desesperanza favorece la aparición de síntomas o del síndrome depresivo, además de propiciar un bajo rendimiento académico.

Dadas las características evolutivas del razonamiento infantil, Lozano, García, Lozano, Martín y Pedrosa (2008b) habían hipotetizado que la tríada cognitiva negativa (i.e., visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) podía aparecer en los niños y que incidía en su nivel depresivo, además de que un esquema perfeccionista favorecía la aparición de la misma y, consecuentemente, de la depresión. Trabajaron con 2260 alumnos (51.2 % hombres y 48.8 % mujeres), con edades comprendidas entre 8-12 años ($M = 9.95$, $DE = 1.279$). El modelo de ecuaciones estructurales obtenido señaló que a mayor nivel de presión externa y de autovaloración negativa se obtienen mayores puntuaciones en todas las escalas de la tríada cognitiva, mientras la autoexigencia reduce las puntuaciones negativas

del Yo y del Futuro. La tríada cognitiva negativa incide diferencialmente en el nivel de depresión de los niños, dependiendo de la edad: en el segundo ciclo de la educación primaria (9-10 años) únicamente incide en los síntomas depresivos la valoración negativa de sí mismo, mientras que en el tercer ciclo (11-12 años) es la valoración de sí mismo y la valoración del mundo, por su parte, la valoración negativa del futuro en ningún tramo de edad explica el nivel depresivo. En conclusión, el establecimiento de un esquema perfeccionista en los niños, favorece la aparición de un procesamiento negativo distorsionado de la información sobre el entorno, auspiciando a su vez la manifestación de las dimensiones de la tríada cognitiva negativa de Beck, de las que únicamente la valoración del Yo predice la presentación de un trastorno depresivo en los niños de hasta 12 años.

Según Lozano, Lozano, Martín y García-Cueto (2010), la autovaloración ejerce un efecto causal positivo en la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva, además dificulta la consecución de un buen rendimiento académico. Una línea de trabajo muy importante consiste en comprobar si el nivel de autoexigencia perfeccionista es siempre negativo o si en determinadas situaciones favorece la consecución de objetivos realistas y positivos que hagan a una persona más capaz y competente, en la dirección defendida por Hamachek (1978). Existen datos iniciales (Lozano et al., 2010) que permiten señalar que un alto nivel de autoexigencia no genera problemas si va acompañado con la percepción de que los adultos circundantes están satisfechos con el trabajo personal y tienen altas expectativas de capacidad y logro, siendo así, esta situación más bien favorece un rendimiento académico adecuado y supone un factor de protección ante los trastornos afectivos.

El objetivo del trabajo de Lozano, Valor-Segura, Llanos y Lozano (2014) fue comprobar la relación existente entre el perfeccionismo infantil, el funcionamiento de la inteligencia (i.e., razonamiento verbal y lógico) y el rendimiento académico (i.e., las notas escolares obtenidas). La muestra estuvo compuesta por 3292 alumnos (51.3 % niños, 48.7 % niñas), con una media de edad de 9.86 y desviación típica de 1.24, escolarizados de 3º a 6º de educación primaria. Se encontró que el perfeccionismo infantil ejerce, en definitiva,

un efecto negativo y significativo tanto sobre el desempeño de las capacidades intelectuales (i.e., frenando su potencialidad) como sobre el rendimiento académico, imposibilitando paradójicamente que el alumnado alcance aquello que tanto se le exige, la excelencia académica.

Lozano, Llanos, Lozano y Valor-Segura (2014a) trataron de comprobar el efecto diferencial que ejerce cada dimensión del perfeccionismo en la infancia sobre la sintomatología de irritabilidad, sentimientos de inutilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. La muestra estuvo compuesta por 3292 alumnos (Niños = 51 %, Niñas = 49 %), de edades comprendidas entre los 8 y 12 años ($M = 9.86$, $DE = 1.24$), de colegios públicos y privados-concertados del Principado de Asturias. Encontraron una relación clara entre el perfeccionismo y el desarrollo de sintomatología internalizante, se comprobó que la presión externa y la autovaloración negativa son factores que favorecen la aparición de sintomatología a este nivel. Por el contrario, la autoexigencia parece ser una dimensión protectora tanto para los sentimientos de inutilidad como para la sintomatología psicofisiológica.

En el trabajo de Lozano, Llanos, Lozano y Valor-Segura (2014b) se trató de comprobar el efecto diferencial que ejerce cada dimensión del perfeccionismo sobre la sintomatología depresiva y ansiosa en la infancia. La muestra estuvo compuesta por 2537 alumnos escolarizados en el Principado de Asturias (Niños = 51 %, Niñas = 49 %) de edades comprendidas entre los 8 y 12 años ($M = 9.86$, $DE = 1.24$). Se halló una relación clara entre el perfeccionismo y el desarrollo de sintomatología tanto depresiva como ansiosa, se comprobó que la presión externa y la autovaloración negativa son factores que favorecen la aparición de sintomatología a este nivel y que, por el contrario, la autoexigencia parece ser una dimensión protectora. Estos resultados sugieren que las dimensiones del perfeccionismo están jugando un papel muy importante en la aparición de estos trastornos emocionales en la infancia, por lo que se recomienda tenerlas en cuenta en las evaluaciones psicológicas para un mejor entendimiento de la psicopatología infantil.

Lozano, Valor-Segura y Lozano (2015) reportan un efecto predictivo de la presión externa sobre los síntomas de ansiedad y depresión, el cual estuvo mediado por bajos niveles de autoexigencia y altos niveles de autoevaluación negativa. Nuevamente esto sugiere que las dimensiones del perfeccionismo juegan un papel crítico en los síntomas psicopatológicos durante la infancia, por lo tanto, una vez más, se recomienda prestar mayor atención a las mismas a fin de proporcionar una mejor comprensión de la psicopatología del niño.

Méndez-Giménez, Cecchini-Estrada y Fernández-Río (2014) realizaron un estudio cuyo objetivo principal fue examinar el modelo de perfeccionismo 2 x 2 (para mayor detalle, véanse Gaudreau, 2012; Gaudreau & Thompson, 2010; Gaudreau & Verner-Filion, 2012; Stoeber & Otto, 2006) con adolescentes españoles en el contexto de la Educación Física. Para ello, se pusieron a prueba tanto medidas generales (e.g., Satisfacción con la vida), como medidas de bienestar psicológico más específicas (e.g., subescalas de Autoconcepto físico y de Afectividad). La muestra estuvo formada por 331 estudiantes de educación secundaria de cuatro centros educativos de dos ciudades del norte de España (58.9 % varones y 41.1 % mujeres), con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años ($M = 14.29$, $DE = 1.43$); el nivel socioeconómico de las familias era medio-alto.

En general, los análisis de regresión jerárquica moderada confirmaron el modelo de perfeccionismo 2 x 2 en la adolescencia en el contexto de la Educación Física. El Perfeccionismo Autoexigente Puro se asoció con un mayor nivel de autoconcepto físico, condición física, atractivo físico, habilidad física, satisfacción con la vida y afecto positivo. De manera que se confirmó la naturaleza saludable de este tipo de perfeccionismo, que se caracteriza por un mayor nivel de internalización, mediante el cual el adolescente persigue actividades de manera más estrechamente alineadas con sus valores, intereses y metas personales. El Perfeccionismo por Presión Externa Puro se asoció a niveles más bajos de autoconcepto físico, condición física, atractivo físico, habilidad física, autoconcepto general, satisfacción con la vida y afecto positivo. El Perfeccionismo Mixto, el cual deriva tanto de uno mismo como de los demás, representa una forma de perfeccionismo parcialmente interiorizada que se relaciona, por un lado, con mejores resultados que el

Perfeccionismo por Presión Externa Puro y, por otro lado, con niveles más bajos de adaptación psicológica con respecto al Perfeccionismo Autoexigente Puro.

En conclusión, el Perfeccionismo Autoexigente Puro resultó ser el más adaptativo, seguido del Perfeccionismo Mixto y del No perfeccionismo. Por último, el Perfeccionismo por Presión Externa Puro resultó el tipo menos adaptativo, de manera que los adolescentes sensibles a un entorno que les demanda ser perfectos, preocupados por satisfacer los requerimientos de terceros pueden padecer tensiones, sensación de estrés, sentimientos de culpabilidad, enfado, vergüenza o nerviosismo, lo que les lleva a un autoconcepto general y físico más débil y una visión más pesimista de la vida.

El objetivo del estudio de Méndez-Giménez, Cecchini-Estrada y Fernández-Río (2015b) ha sido poner a prueba, mediante un path analysis, las relaciones propuestas en un modelo entre dos subescalas de perfeccionismo (i.e., Autoexigencia y Presión externa), las metas de logro 2 x 2 (i.e., Aproximación-maestría, Evitación-maestría, Aproximación-rendimiento y Evitación-rendimiento; para mayor detalle, véase Elliot & McGregor, 2001) y los tipos de regulaciones motivacionales (i.e., Autónoma, Controlada y Desmotivación; para mayor detalle, véanse Ryan & Deci, 2000, 2009) en el contexto de la Educación Física.

Esta era la primera vez que se utilizaba este marco de perfeccionismo (IPI) en el ámbito de la Educación Física con niños y adolescentes. Tomaron parte en el estudio un total de 428 estudiantes (249 varones y 179 mujeres), de 12-16 años de edad, de seis institutos de educación secundaria. En el análisis de las correlaciones se observó que la autoexigencia se relacionaba de forma positiva y significativa con el resto de variables, mientras que la presión externa solo lo hizo con las metas de aproximación-rendimiento (i.e., el deseo de satisfacer metas interpersonales), la motivación controlada (i.e., regulaciones que reflejan un nivel más bajo de percepción de autonomía e incluye regulación introyectada o motivación que refleja presiones internas y regulación externa o motivación para cumplir con las presiones externas o recompensas) y la desmotivación (i.e., un estado de falta de cualquier intención de actuar).

Tal como se había hipotetizado, la autoexigencia predijo positivamente las cuatro metas de logro del marco 2 x 2. En consecuencia, las metas de aproximación (i.e., de valencia positiva, con un deseo fuerte del resultado), tanto de maestría (i.e., de referencia interpersonal) como de rendimiento (i.e., de referencia interpersonal o normativa), ejercieron un efecto mediador entre la autoexigencia y la motivación autónoma (comprende motivación intrínseca o debida al disfrute inherente a la conducta en sí misma, regulación integrada o implicación en conductas que son congruentes con metas personales y valores centrales, y regulación identificada o motivación que refleja el valor personal de los resultados de la conducta). Es probable que los estudiantes con estándares altos de exigencia en sus clases de Educación Física adopten una diversidad de metas de logro, si bien, principalmente son más fuertes las metas de rendimiento. Las metas de aproximación-rendimiento también mediaron la relación entre la autoexigencia y la motivación autónoma y controlada. Los altos estándares personales pueden conducir igualmente tanto a motivación autónoma como controlada en función de cómo aquellos son percibidos: bien como un desafío o bien como el nivel de rendimiento que se debe lograr para probar la autoestima, si se percibe como un desafío y se adoptan metas positivas e intrapersonales, la autoexigencia será más propensa a actuar como un motivador autónomo, pero si la autoexigencia personal es vista como un requisito para lograr mantener la autoestima, es razonable suponer que los estudiantes exhibirán una motivación controlada.

En cuanto a la segunda dimensión del perfeccionismo, las metas de aproximación-maestría (i.e., el deseo de satisfacer metas intrapersonales) predijeron negativamente la presión externa. En consecuencia los adolescentes que perciben presiones externas perfeccionistas sobre sí mismos, que son sensibles a críticas o riñas por parte del docente o los padres cuando las cosas no salen perfectas, que se preocupan por cometer errores o por lo que piensan los demás si son más propensos a sufrir estrés psicológico y, por lo tanto, a comportarse movidos por una motivación controlada o estar desmotivados. Los estudiantes que creen que están “en la mira” y son supervisados con lupa sobre todo si no lo hacen muy bien en todas sus actuaciones, son más vulnerables a asociar esas preocupaciones con la autoestima contingente. En consecuencia, estos adolescentes, son más propensos a estar motivados de manera controlada o carecer de toda motivación.

En conclusión, la autoexigencia, unida a la adopción de metas de maestría-aproximación produce motivaciones más autodeterminadas y ejerce un efecto protector contra la desmotivación entre los estudiantes adolescentes en el contexto de la Educación Física. Los niveles altos de presión externa percibida, con independencia del tipo de meta promovido, favorecen el desarrollo de la motivación menos autodeterminada y desmotivación. Según Méndez-Giménez et al. (2015b), las investigaciones futuras deberían estudiar el papel que juega la tercera dimensión de perfeccionismo del modelo del IPI, la autovaloración, y sus relaciones con las variables motivacionales comprendidas en este trabajo y otras variables resultado, de aprendizaje y de rendimiento.

Mediante un análisis path, Méndez-Giménez, Cecchini-Estrada y Fernández-Río (2015a) exploraron un modelo para determinar cómo son las relaciones entre las dimensiones del perfeccionismo (i.e., Autoexigencia y Presión externa), la Afectividad (positiva y negativa) y la Satisfacción con la vida, en una muestra de estudiantes adolescentes en el contexto de la Educación Física. Participaron un total de 388 adolescentes (222 varones y 166 mujeres; $M = 14.24 \pm 1.45$ años) de seis institutos de 1º a 4º de educación secundaria del Principado de Asturias.

La satisfacción con la vida se relacionó positivamente con autoexigencia y afecto positivo y, negativamente, con presión externa y afecto negativo. Las medidas del perfeccionismo predijeron de manera contrapuesta las dimensiones de afecto y satisfacción con la vida en los estudiantes de Educación Física: la autoexigencia predijo de manera positiva y directa la satisfacción con la vida, es decir, que los adolescentes que mantenían altos estándares personales percibieron su experiencia vital de manera muy positiva; además, la autoexigencia predijo directa y positivamente el afecto positivo, que a su vez medió la relación con la satisfacción con la vida, es decir, que los adolescentes que establecen altos estándares se muestran más vitales, entusiastas, orgullosos, activos e interesados por emprender acciones o relacionarse con otras personas. Estos resultados son congruentes con varios estudios realizados con población adolescente, los cuales han empleado medidas de perfeccionismo similares en contextos culturales diversos y ayudan a entender cómo se produce esta relación (Gilman, Ashby, Sverko, Florell, & Varjas, 2005;

Öngen, 2009).

Por otro lado, la presión externa ejercida por padres y profesores predijo negativamente la satisfacción con la vida y positivamente el afecto negativo. Esto quiere decir que aquellos adolescentes sensibles a un entorno que les demanda ser perfectos, preocupados por satisfacer los requerimientos de terceros sufren constantes tensiones, sensación de estrés, sentimientos de culpabilidad, enfado, mal humor, vergüenza y nerviosismo, lo que les lleva a una visión más pesimista de la vida. Así mismo, con mayor probabilidad una fuerte presión externa percibida para alcanzar la excelencia académica pone en riesgo a los adolescentes de padecer síntomas emocionales severos. En general, estos resultados reafirman la existencia de una dimensión saludable de perfeccionismo que promueve la calidad de vida y el bienestar subjetivo (i.e., autoexigencia), y una dimensión insana que conlleva niveles más bajos de felicidad en la adolescencia (i.e., presión externa). De acuerdo con Méndez-Giménez et al. (2015a), futuras investigaciones deberían examinar las relaciones descritas con sujetos de estatus social diverso y rango de edad más joven, lo que permitiría comprender cómo se produce la transición del perfeccionismo de la infancia a la adolescencia y sus relaciones con la salud.

Abordaje Terapéutico

Mientras que el perfeccionismo equilibrado asegura un buen rendimiento, el perfeccionismo insano está asociado a numerosos desórdenes emocionales que son motivo frecuente de consultas psicológicas (Oros et al., 2014).

Según Oros (2005), para poder reconocer si el perfeccionismo es sano o insano, debe prestarse atención a la actitud que predomina en los niños frente a las situaciones de fracaso. Las emociones negativas que frecuentemente acompañan un excelente desempeño deben llamar la atención de padres y docentes.

La experiencia clínica demuestra que cada vez son más los casos de niños que pese a los muchos éxitos observados, tienen una experiencia recurrente de emociones negativas

tales como culpa, frustración y sensación de fracaso, que interfieren significativamente en sus actividades cotidianas (Oros, 2005).

Como se ha presentado, la literatura proporciona suficiente evidencia como para apoyar la idea de que las creencias perfeccionistas actúan como factor de vulnerabilidad psicológica en la infancia, razón por la cual se está ante la necesidad de planear estrategias terapéuticas para el abordaje temprano de la problemática y la prevención de trastornos asociados a largo plazo como depresión, ansiedad y estrés (Oros, 2003, 2005).

Una buena parte de los trabajos de investigación citados con anterioridad tienen de alguna manera implicaciones para la práctica clínica, algunas tan sencillas que sugieren la relevancia de atender a la variable sexo en adolescentes en relación con el perfeccionismo, para que el diseño de estrategias de intervención psicológica sea más eficaz (Rodríguez-Jiménez et al., 2014), mientras que otras investigaciones dan cuenta de alcances más elaborados como los que serán examinados a continuación.

De acuerdo con Al Sayed y Robledo (2010), los padres, maestros y psicólogos escolares juegan un papel crucial en la vigilancia de las tendencias perfeccionistas potencialmente desadaptativas en los niños de edad escolar. En aquellos recae la tarea de enseñarles a establecer metas personales realistas por las que esforzarse y desarrollar en ellos estrategias metacognitivas para la planificación, el seguimiento y la regulación de su progreso hacia el logro de los objetivos trazados.

Cónsono con estudios previos en adolescentes (Accordino, Accordino, & Slaney, 2000; Dixon et al., 2004) que encontraron que los altos estándares se asocian positivamente con la motivación al logro, alta autoestima y un mejor ajuste personal, los resultados del estudio de Al Sayed y Robledo (2010) indicaron que el perfeccionismo autorientado correlaciona en sentido positivo con la autovaloración general ($r = .21, p < .001$) y con el autoconcepto académico ($r = .37, p < .001$) en matemáticas, lectura y otras materias escolares. En términos motivacionales, sería conveniente enseñarles a los niños a no aspirar a metas poco realistas prescritas por otros, para las cuales el fracaso podría estar asociado

más fácilmente con baja autoestima. Si bien el esfuerzo en función del rendimiento debe ser alentado por padres y docentes, debe propenderse a que la consecución de metas sea cada vez más auto-determinada y recompensada, con lo cual se estará trabajando en pro de la autoeficacia. En el contexto escolar se debería ayudar al niño a comprender que el aprendizaje se refiere al dominio de tareas específicas y que las equivocaciones son una parte integral del proceso de aprendizaje que identifica lo que aún necesita ser dominado; desde esta perspectiva, no hay ninguna alusión a la valía personal del niño asociada con los errores que comete (Al Sayed & Robledo, 2010).

En opinión de Uz-Baş (2011), los psicólogos escolares y los educadores deberían estar al tanto de la naturaleza de las dimensiones del perfeccionismo para, por un lado, reducir la sensibilidad de los estudiantes a cometer errores y, por otro, promover actitudes de organización y planificación con el fin de aumentar tanto el rendimiento académico como el bienestar general de los educandos.

Los resultados encontrados por Lozano et al. (2014a) tienen importantes implicaciones en la práctica clínica y educativa, puesto que avalan la necesidad de intervenciones que favorezcan el desarrollo de las inteligencias intra e interpersonal, así como el desarrollo de un adecuado estilo educativo y parental.

De los resultados obtenidos por Méndez-Giménez et al. (2014, 2015a) se desprenden implicaciones para los docentes y los padres, quienes en conjunto con orientadores y psicólogos deberían ser cautos a la hora de presionar a los adolescentes, valorar exactamente el tipo de perfeccionismo del que disponen, y ayudarles a gestionar ambas dimensiones del perfeccionismo. Cuando los adolescentes adoptan conductas perfeccionistas autoexigentes el consejo es que se mantengan en ellas, sin ser demasiado autocríticos en caso de no alcanzar los estándares personales deseados. Asimismo, se debería ayudar a los estudiantes del tipo Presión Externa Pura a internalizar su deseo de perfección y evaluarse de manera más realista, para asumir estándares más acordes a su competencia (Öngen, 2009).

Los resultados conseguidos por Méndez-Giménez et al. (2015b) también tienen implicaciones didácticas. Los docentes de Educación Física deberían promover la adopción de altos estándares personales en conexión con la asunción de metas de aproximación-maestría en sus clases al objeto de aumentar la motivación intrínseca e identificada entre su alumnado. El desarrollo de metas de aproximación-rendimiento debe realizarse con cautela asegurándose que los estudiantes perciban las tareas más como desafíos intrapersonales y no como ambientes de rendimiento y comparación ente iguales. Del mismo modo, se deberían desalentar climas de aula que incentiven la percepción de entornos demandantes de conductas perfeccionistas.

Cambiando de tópico, la evidencia sugiere que el perfeccionismo está implicado en la patogénesis de los trastornos alimentarios (e.g., Bento et al., 2010; Castro et al., 2004, 2007; Elizathe et al., 2011, 2012). Las autoimposiciones poco reales sobre uno mismo y la presión que se percibe de los demás para alcanzar metas poco realistas ya están presentes en las formas subclínicas de los trastornos de la conducta alimentaria (Pamies & Quiles, 2014). Otro ejemplo lo constituyen los resultados del estudio de Philippi y Lora (1999), los cuales revelaron que las adolescentes con bulimia nerviosa se preocupaban por los errores o fallos que pudiesen cometer, pensaban que sus padres tenían altas expectativas en ellas y mostraron gran necesidad de logro, aceptación y aprobación. El área investigativa que vincula el perfeccionismo con los trastornos alimentarios también tiene implicaciones para futuras acciones preventivas y terapéuticas.

En este sentido, según Bento et al. (2010), resultaría relevante que los programas destinados a reducir el riesgo de padecer trastornos alimentarios se centraran en los aspectos negativos del perfeccionismo como foco de la intervención. Elizathe et al. (2012) esperaban que los resultados hallados en su trabajo facilitaran la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria y contribuyeran al diseño de estrategias de prevención que consideraran el papel del perfeccionismo. Pamies y Quiles (2014) también han señalado la importancia de identificar las tendencias perfeccionistas en los adolescentes antes de que se conviertan en conductas patológicas, como un medio para prevenir el desarrollo de los trastornos de la alimentación a través de la modificación de los procesos

cognitivos y comportamientos sobreexigentes implicados en la clínica de dichos trastornos. Castro et al. (2004, 2007) van más allá y creen definitivamente necesario complementar el tratamiento general de los trastornos alimentarios con una terapia específica para el perfeccionismo.

Algunos estudios realizados en esta línea sugieren que este tipo de estrategia de intervención preventiva reduce el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Wilksch, Durbridge y Wade (2008) demostraron que un programa que atendía al perfeccionismo produjo mejores resultados en términos de la reducción del riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, en comparación con otros programas que se enfocaban en los mensajes que con respecto a la estética transmitían los medios de comunicación. Un hallazgo adicional de este estudio fue que el programa que se orientaba a tratar el perfeccionismo resultó más beneficioso para el grupo en edad adolescente.

En definitiva, resulta fundamental identificar la presencia del perfeccionismo en los niños y analizar su posible relación con las conductas alimentarias alteradas en estas edades (Elizathe et al., 2012). Un objetivo como este se inscribe en uno mayor que está referido al estudio de los factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios en los niños, lo cual resulta fundamental para acrecentar el conocimiento sobre estas patologías, permitir la detección precoz de las mismas, y disponer de programas preventivos más eficaces e intervenciones tempranas que impidan la cronicidad de estos cuadros que suelen aparecer completos en la adolescencia (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, & Chatoor, 2012; Mancilla, Vázquez, Mancilla-Díaz, Amaya, & Alvarez, 2012; Nicholls, Lynn, & Viner, 2011).

Dado que el perfeccionismo puede ser considerado una creencia disfuncional (Lega, 1991), puede ser legítimamente abordado desde la terapia cognitivo-conductual aplicada a niños y adolescentes (Friedberg & McClure, 2005; Stallard, 2007). Como una creencia nuclear perjudicial (e.g., “Todo lo que haga debe ser perfecto”) el perfeccionismo puede conducir a suponer que lo que se hace nunca acaba de ser suficientemente bueno o jamás llega a estar lo bastante bien. En ocasiones, algún hecho ambiental o experiencia importante

desencadena la creencia nuclear junto con un supuesto (e.g., “Jamás conseguiré hacerlo absolutamente bien”). Mientras que la mayoría de las veces la creencia se desplaza a un primer plano dentro del pensamiento como una forma de distorsión cognitiva (e.g., pensar en términos de todo o nada: “Nunca nada me sale bien”).

Según se ha visto, los esfuerzos preventivos y psicoterapéuticos deben dirigirse a la modificación de las cogniciones de corte perfeccionista y de las exigencias exageradas (Philippi & Lora, 1999). Ahora bien, Ashby, Kottman y Martin (2004) informan que además de las aplicaciones estándar de la terapia cognitiva, se han desarrollado manuales específicos con enfoques adlerianos (e.g., Akay, 2013) y cognitivos (e.g., Schell, 2006) para el tratamiento del perfeccionismo desadaptativo en los niños. En adelante se reseñarán las orientaciones propuestas por Oros (2005) para el trabajo psicoterapéutico en el caso del perfeccionismo infantil. Se ha priorizado la presentación de dicha compilación de técnicas en razón de que se considera que las mismas tienen el mérito de ser las más completas que se han sugerido en lengua castellana.

La autora parte de que el perfeccionismo infantil constituye un factor de vulnerabilidad psicológica. Para esto se adhiere a la perspectiva relacional de Lazarus y Folkman (1986), de acuerdo con la cual podría definirse a la vulnerabilidad infantil como la insuficiencia o escasez de recursos que tiene el niño para enfrentar satisfactoriamente las demandas del medio que han sido valoradas como importantes y/o necesarias de cumplir para su bienestar personal. Los niños perfeccionistas ven mermados sus recursos protectores ante el estrés, debido a esto desarrollan estrategias inefectivas para manejar las situaciones adversas, y, en consecuencia, muestran una marcada tendencia a la enfermedad (Oros, 2005). Se analizarán a continuación cada uno de estos elementos.

En primer lugar, el estilo de pensamiento que predomina en los niños perfeccionistas no solo es poco funcional sino que además puede tornarse considerablemente perjudicial (Oros, 2005). Con relación al sistema de autocreencias, se podría esperar que presentaran débil autoeficacia, baja autoestima y una tendencia predominante a responsabilizarse por los errores y fracasos (Kottman & Ashby, 2000).

Además, pueden tener una baja experiencia de emociones positivas y disfrutar poco de sus éxitos y logros (Oros et al., 2014). Respecto a los recursos sociales, el niño perfeccionista puede sobresalir en su grupo por ser el que no participa de las travesuras (e.g., siendo “el soplón” de la maestra), lo que en ocasiones puede incrementar el desprecio de los pares (Oros, 2005). En cuanto al apoyo social recibido, se sabe que los niños perfeccionistas provienen generalmente de hogares donde predomina el control hostil, el rechazo, la baja implicación afectiva, la aceptación condicional (Oros, 2004), la crítica y las demandas exageradas (Blatt, 1995), entornos que, desde luego, no actúan como escenarios protectores.

En segundo lugar, debido a que los niños perfeccionistas presentan déficit en varios de los recursos de afrontamiento, es de esperar que presenten dificultades para disminuir o hacer desaparecer la amenaza de una manera productiva (Oros, 2005). En efecto, estudios previos (Oros, 2004) prueban que los niños perfeccionistas utilizan estrategias poco adaptativas para hacer frente a los cambios y a las amenazas de la vida. Entre ellas pueden mencionarse la evitación cognitiva, la búsqueda de gratificaciones alternativas, el análisis lógico improductivo, el descontrol de las emociones, la inhibición emocional y, especialmente, la paralización o inhibición generalizada.

En tercer lugar, en cuanto al aumento de la probabilidad de enfermar, las investigaciones sugieren que las dimensiones del perfeccionismo están jugando un papel muy importante en la aparición de diversos trastornos emocionales en la infancia (Lozano et al., 2014b).

A continuación se presentan algunas modalidades y técnicas de trabajo que podrían resultar particularmente útiles para abordar el perfeccionismo infantil. Se incluyen estrategias cognitivas y conductuales y se integran recursos terapéuticos variados que han demostrado ser eficaces para tratar la problemática.

El terapeuta puede optar por orientar su trabajo hacia un enfoque singular (i.e., trabajando únicamente con el niño) o hacia un enfoque con características sistémicas (i.e., incluyendo a los padres o cuidadores y a los docentes como agentes de cambio). Esta última modalidad podría resultar más beneficiosa ya que se estarían logrando al mismo tiempo tres finalidades: (a) ofrecer al niño un servicio personalizado, (b) ayudar a los padres a modificar aquellos aspectos del vínculo padres-hijo que atentan contra una recuperación eficaz del niño y (c) orientar a los docentes para que sepan reconocer la problemática y aprendan a conducirse con los niños que la padecen. De hecho, hay intervenciones que pueden realizarse desde las escuelas cuando se trata de niños con un perfeccionismo leve o moderado, mientras que en el caso de los niños con un perfeccionismo severo lo más recomendable es derivarlos al clínico y complementar su abordaje con la ayuda de los educadores (Kottman & Ashby, 2000).

Si bien las terapias de índole cognitivo-conductual suelen ser de corta duración (Beck et al., 1990; Beck, 1995; Caro, 2009; Friedberg & McClure, 2005; Stallard, 2007), los expertos en el tema mencionan que la intervención a largo plazo e intensiva, es la más adecuada para tratar el perfeccionismo severo (Blatt, 1995; Kottman & Ashby, 2000). Esto es así dado que uno de los objetivos principales del clínico es asistir al niño para que aprenda a modificar su sistema de creencias y, como es bien sabido, las cogniciones, especialmente aquellas mantenidas durante largo tiempo, son difíciles de modificar. Además, como lo mencionan Barrow y Moore (1983), es probable que las creencias y demandas perfeccionistas hayan sido consideradas erróneamente como la causa de los éxitos, lo que las hace aún más difíciles de abandonar. La extensión de la terapia dependerá de los avances que se observen en el niño, los cuales serán valorados por el clínico, los padres y los docentes. Se aconseja que antes de interrumpir el tratamiento se realice una evaluación comparativa respecto al estado inicial del paciente, por ejemplo, tomando una de las ideas de Barrow y Moore (1983), podría resultar provechoso que los mismos niños discutan con el terapeuta los ítems de la escala en los cuales se han reportado cambios significativos.

En los casos en que sea factible, Barrow y Moore (1983) prefieren el trabajo en grupo frente al tratamiento individual. Estos autores han diseñado un plan de intervención grupal que ha obtenido muy buenos resultados y ha demostrado ser una alternativa valiosa en la población infantil por las siguientes razones: (a) el niño conoce y se relaciona con otros niños que se enfrentan a preocupaciones similares; (b) el niño tiene la posibilidad de apreciar en sí mismo y en otros, maneras alternativas y más funcionales de pensar y reaccionar ante las situaciones; y (c) el niño tiene la oportunidad de observar el progreso de sus pares, lo que puede ejercer un impacto significativo sobre su propia motivación al cambio. Si bien Barrow y Moore (1983) plantean objetivos y estrategias terapéuticas preestablecidas así como una lista detallada de actividades didácticas que pueden resultar útiles, un elemento que ayuda a la eficacia del programa es la espontaneidad con la que es planteado, lo cual se traduce en dirigir el grupo de manera casual e informal.

Ahora se expondrán los recursos técnicos. La definición del contexto de trabajo vendrá dada por el establecimiento de la alianza terapéutica entre el niño y el psicólogo tratante mediante procedimientos generales. Asimismo, puesto que se va a trabajar desde el enfoque racional-emotivo, es importante que el niño y su familia comprendan claramente en qué consiste el modelo ABC de Ellis.

En la siguiente fase de la terapia se enseña al niño a identificar los pensamientos irracionales, detectar los errores cognitivos más frecuentes y cuestionar la validez de los mismos. Debido a que el perfeccionismo está muy relacionado con la ansiedad, puede ser muy útil entrenar al niño durante las primeras sesiones en técnicas sencillas de relajación para que pueda realizarlas en los momentos de tensión.

Puede resultar útil un procedimiento utilizado por Barrow y Moore (1983) para conocer no solo los pensamientos automáticos más característicos, sino además qué situaciones particulares los elicitán (e.g., un examen, una práctica deportiva) y qué respuestas conductuales (e.g., evitación, paralización) o emocionales (e.g., ansiedad, frustración, culpa, vergüenza, enojo) son las que habitualmente surgen como consecuencia de ellos y/o frente al fracaso de las autodemandas. La actividad consiste en solicitar al niño

que desarrolle por escrito la secuencia ABC, teniendo en cuenta sus experiencias personales. Si la modalidad de trabajo es grupal, la información proporcionada por los niños se comparte con el grupo, cuyos miembros seguramente tendrán experiencias similares.

Para ayudar a los niños a que reconozcan sus pensamientos automáticos (e.g., “Debo ser perfecto”, “Debo ser el mejor en todo lo que hago”) se podría utilizar una técnica visual empleada por Barrow y Moore (1983), la cual consiste en adherir a las paredes del salón de trabajo una serie de carteles donde se puedan leer algunos dichos o expresiones típicamente perfeccionistas, con el fin de facilitarle a los niños la identificación de sus propias creencias absolutistas.

Una vez que los niños han realizado la tarea de reconocimiento, se puede examinar el grado de racionalidad y certeza de los pensamientos, cuestionando las afirmaciones rígidas. Por ejemplo, la creencia “Mis amigos me querrán menos si ven que me equivoco” se puede confrontar con la opinión de un amigo convocado a participar en la sesión terapéutica, igualmente se podría solicitar al invitado que indique cómo reaccionaría si viese fracasar a su compañero para después contrastar su respuesta con la opinión del niño (Barrow & Moore, 1983). Al trabajar esta estrategia, es imprescindible que el terapeuta analice seriamente los temores del niño y considere las posibles “catástrofes” que él espera (e.g., “Pienso que si cometo errores mis padres no me querrán más”). Hay que tener en cuenta que algunos estudios han demostrado que ciertos padres, probablemente también perfeccionistas, utilizan como castigo el retiro afectivo frente a las fallas del niño (Oros, 2004). Este aspecto vuelve a justificar la ineludible tarea de evaluar el estilo de crianza de los padres y aplicar, si fuera menester, un programa destinado a educarles para que desarrollen pautas de crianza más saludables.

La modificación de las creencias irracionales persigue cambiar la filosofía demandante (i.e., “debo”, “necesito”, “estoy obligado a”) por una preferencial (i.e., “prefiero”, “deseo”, “quiero”). Para ello, el terapeuta le enseña al niño a cambiar los enunciados radicales y absolutos (e.g., “Equivocarme en las tareas es lo peor que me puede

pasar”) por enunciados moderados y probabilísticos que causen menos disturbios.

Una manera creativa de ejercitar esto sería mediante el juego de roles intercambiables propuesto por Barrow y Moore (1983). Si se tiene la posibilidad de trabajar con un grupo de niños se instruye a la mitad para que asuma el rol de “esclavos del perfeccionismo” (i.e., verbalizar pensamientos perfeccionistas) y a la otra mitad (a quienes se une inicialmente el terapeuta) para que asuma el rol contrario (i.e., encontrar rápidamente una alternativa de pensamiento más equilibrada y saludable). Si no se cuenta con un grupo de participantes, los roles pueden ser asumidos por el terapeuta y el niño. Otra técnica utilizada por Barrow y Moore (1983) para ejercitar la modificación de pensamientos perfeccionistas, consiste en pedir a los niños que propongan una sentencia alternativa a la que está escrita en el póster mencionado con anterioridad, dicha expresión debe mantener algo del significado de la frase pero ser más funcional y adaptativa.

La modificación de las conductas y emociones asociadas al fracaso se puede lograr mediante el uso de numerosos recursos: (a) narrativos (e.g., historias o cuentos), (b) visuales (e.g., títeres o dramatizaciones), (c) interactivos (e.g., juego de roles, discusión en grupos), entre otros. Kottman y Ashby (2000) mencionan ejemplos para cada uno de estos recursos, los cuales son empleados con el fin de enseñar a los niños maneras adaptativas de reaccionar ante el fracaso de algún objetivo. Se emplean historias o dramatizaciones en las cuales los personajes principales se proponen metas elevadas pero no imposibles (destacando así que no está mal tener aspiraciones altas), así ante la incapacidad de alcanzar alguna de ellas muestran actitudes funcionales, buscan metas alternativas más accesibles en vez de persistir obstinadamente o paralizarse por completo.

Utilizando la información proporcionada por el niño en la “tarea del ABC”, se analizan las reacciones conductuales y emocionales frente a las situaciones de fracaso y se discuten las consecuencias derivadas de ellas, luego el niño debe proponer reacciones alternativas que resulten más ventajosas. El objetivo es mantener el componente sano del perfeccionismo (i.e., el deseo de superación y la instauración de aspiraciones altas) pero erradicar los aspectos insanos (i.e., la intensa emocionalidad negativa, las conductas

agresivas, etc.). Adicionalmente, es importante programar el refuerzo social de los progresos.

Kottman y Ashby (2000) proponen utilizar la prescripción sintomática como un tipo de intervención paradójica particularmente útil en el caso de niños muy resistentes al cambio o que perciben un bajo control sobre su comportamiento. El niño, por prescripción terapéutica, tendría que, en determinados momentos previamente acordados con el psicólogo, ser excesivamente crítico con su desempeño e intentar despertar la ansiedad típicamente perfeccionista. Se espera que esta actividad ayude al niño a reconocer que puede tomar el control de su problema, bajo la premisa de que si es consciente de que puede “generar” el malestar, lo será igualmente de que puede deshacerse de él.

Hasta aquí se han aportado ejemplos de diversas modalidades y recursos técnicos que tienen como base la modificación cognitiva, emocional y conductual de aquellos patrones rígidos que caracterizan al perfeccionismo infantil y resultan nocivos para la adaptación saludable. La autora espera que se multipliquen los esfuerzos destinados a trabajar en favor de aquellos que, desde pequeños, son víctimas de este adversario de la salud: el perfeccionismo.

Conclusiones

Según se ha visto, el perfeccionismo es una disposición de la personalidad que se caracteriza por esfuerzos de impecabilidad y el establecimiento de estándares de rendimiento excesivamente altos, acompañados de una tendencia a demasiadas evaluaciones críticas (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 2004).

El enfoque unidimensional del perfeccionismo ha ido perdiendo terreno a favor de una concepción que reconoce dimensiones relativamente independientes dentro del mismo constructo (Arana, Keegan, & Rutzstein, 2009; Arana, Scappatura, Lago, & Keegan, 2007; Arana, Scappatura et al., 2009; Carrasco, Belloch, & Perpiñá, 2010; Franco et al., 2010; Oros, 2003).

En este sentido, las tres medidas más utilizadas de perfeccionismo han sido desarrolladas por diferentes equipos de investigación y cada una de ellas ha aportado diferentes dimensiones que constituyen parte del concepto central del constructo.

Si bien se reconoce que en el perfeccionismo se destaca un aspecto saludable (e.g., Slaney et al., 2001), principalmente es considerado un rasgo negativo, de hecho, numerosos estudios indican que el perfeccionismo se encuentra vinculado a la psicopatología en general (e.g., Alden, Bieling, & Wallace, 1994; Blatt, 1995; Hewitt & Flett, 1991, 2002; Juster et al., 1996; Lozano et al., 2012; Oros, 2005).

De manera que existe, en definitiva, un gran interés por el estudio del perfeccionismo como un problema psicológico relevante que posee grandes consecuencias clínicas en los individuos, por lo que debe diagnosticarse y tratarse a tiempo para prevenir disfunciones futuras (Miracco et al., 2012; Oros, 2005).

La mayoría de los estudios empíricos sobre el perfeccionismo se han llevado a cabo con adultos (Chang, 2000; Frost et al., 1990; Preusser, Rice, & Ashby, 1994). Aunque solo recientemente el perfeccionismo se ha convertido en una variable de personalidad cuyo foco de investigación han sido los niños (véanse Flett et al., 2000; Hewitt et al., 1997), los estudios ya le han relacionado con el malestar psicológico durante la infancia y la adolescencia (Castro et al., 2004; Donaldson et al., 2000; Hewitt et al., 2002). De allí que Oros (2005) alertara que el perfeccionismo en los niños podía parecer inocuo y hasta deseable, pero que traía aparejado innumerables consecuencias negativas para la salud física y emocional de aquellos.

Es importante comentar que los intentos por estudiar el perfeccionismo en dicha población se habían visto obstaculizados debido a la falta de escalas apropiadas para medirlo (Flett et al., 2000). Más recientemente, diversos autores interesados en la temática del perfeccionismo diseñaron instrumentos específicos para medir esta variable en los niños, con lo cual el perfeccionismo infantil logró extenderse como una nueva tendencia investigativa (Flett, Hewitt, Oliver, & Macdonald, 2002; Hewitt et al., 2002; Rice et al.,

2004; véanse también González et al., 2015; Morán & García, 2015).

Más a futuro –siguiendo a Oros (2003)– el estudio del perfeccionismo durante la niñez sería de gran utilidad al proveer conocimientos acerca de su génesis y las situaciones que favorecen su desarrollo y mantenimiento. Lozano et al. (2012) afirman que llegado este nivel de conocimiento se podrán poner en funcionamiento todas las medidas preventivas necesarias para que no se asuma un perfeccionismo enfermizo e inhabilitador y sí un afán de mejora lógico, necesario e imprescindible, o iniciar un adecuado proceso terapéutico como los que ya se reseñan en la bibliografía especializada (e.g., Akay, 2013; Ashby et al., 2004; Barrow & Moore, 1983; Kottman & Ashby, 2000; Oros, 2005; Schell, 2006).

Referencias

1. Accordino, D., Accordino, M., & Slaney, R. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools, 37*(6), 535-545. doi: 10.1002/1520-6807(200011)37:63.O.CO;2-O
2. Adler, A. (1956). The neurotic disposition. In H. Ansbacher & R. Ansbacher (Eds.), *The individual psychology of Alfred Adler* (pp. 239-262). New York: Harper.
3. Aguilar, L., & Castellanos, M. (2015). *Adaptación y validación de una escala de perfeccionismo infantil en niños venezolanos* (Tesis de licenciatura). Universidad Central de Venezuela, Caracas.
4. Aguirre, G. (2004). *MACI. Inventario clínico para adolescentes de Millon. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
5. Akay, S. (2013). *The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children* (Tesis doctoral, University of North Texas). Recuperada de <http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc500041/>
6. Al Sayed, G., & Robledo, P. (2010). Perfectionism and self concept among primary school children in Egypt. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8*(3), 1099-1114. Recuperado de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/22/english/Art_22_460.pdf
7. Alden, L., Bieling, P., & Wallace, S. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 18*(4), 297-316. doi: 10.1007/BF02357507
8. Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: A longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders, 45*(2), 272-280. doi: 10.1002/eat.20925
9. Arana, F., Keegan, E., & Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R).

- Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar*, 9, 35-53. Recuperado de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/463>
10. Arana, F., Scappatura, M., Lago, A., & Keegan, E. (2007). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo y malestar psicológico en estudiantes universitarios argentinos: un estudio exploratorio utilizando el APS-R. En S. Slapak (Presidencia), *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación - III Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (Tomo I, pp. 24-25). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
 11. Arana, F., Scappatura, M., Miracco, M., Elizathe, L., Rutzstein, G., & Keegan, E. (2009). Un estudio sobre perfeccionismo en estudiantes universitarios argentinos: resultados preliminares en estudiantes de psicología. *Anuario de Investigaciones*, 16, 17-24. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a01.pdf>
 12. Ashby, J., Kottman, T., & Martin, J. (2004). Play therapy with young perfectionists. *International Journal of Play Therapy*, 13(1), 35-55. doi: 10.1037/h0088884
 13. Atkinson, L., Quarrington, B., Cyr., & Atkinson, F. (1989). Differential classification in school refusal. *British Journal of Psychiatry*, 155(2), 191-195. doi: 10.1192/bjp.155.2.191
 14. Barrow, J., & Moore, C. (1983). Group interventions with perfectionistic thinking. *The Personnel and Guidance Journal*, 61(10), 612-615. doi: 10.1111/j.2164-4918.1983.tb00008.x
 15. Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., Ottaviani, R.,... Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
 16. Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
 17. Belavić, I. (2006). *Povezanost perfekcionizma, anksioznosti i depresivnosti kod djece* (Tesis de posgrado, Universidad de Zagreb, Croacia). Recuperada de <https://bib.irb.hr/prikazi-rad?&rad=269763>
 18. Bento, C., Pereira, A., Maia, B., Marques, M., Soares, M., Bos, S.,... Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorder Review*, 18(4), 328-337. doi: 10.1002/erv.981
 19. Bento, C., Pereira, A., Saraiva, J., & Macedo, A. (2014). Children and Adolescent Perfectionism Scale: Validation in a Portuguese adolescent sample. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 228-232. doi: 10.1590/1678-7153.201427203
 20. Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for de treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020. doi: 10.1037/0003-066X.50.12.1003
 21. Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1287-1293. doi: 10.1097/00004583-199812000-00012
 22. Burns, D. (November, 1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
 23. Caelian, C. (2005). *The role of perfectionism and stress in the suicidal behaviour of depressed adolescents* (Tesis doctoral, University of British Columbia, Vancouver, Canada). Recuperada de <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0092288>

24. Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. (2^a ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
25. Carrasco, A., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153), 49-65. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1225>
26. Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., & Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 35(5), 392-398. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.11.094
27. Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-189.
28. Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casula, V., Fuhrmann, C..... Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 562-568. doi: 10.1002/eat.20393
29. Casullo, M. (1994). Comportamiento suicida adolescente. Epidemiología y prevención. En S. Quiroga (Ed.), *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia* (pp. 121-143). Buenos Aires: Kargieman.
30. Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo: identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
31. Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, 12, 173-182. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>
32. Cook, L. (2012). *The influence of parent factors on child perfectionism: A cross-sectional study* (Tesis doctoral, University of Nevada, Las Vegas). Recuperada de http://digitalscholarship.unlv.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2552&context=theses_dissertations
33. Cox, B., Enns, M., & Clara, I. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinical distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14(3), 365-373. doi: 10.1037//1040-3590.14.3.365
34. Chang, E. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediational model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 18-26. doi: 10.1037/0022-0167.47.1.18
35. Darbouze-Bonyeme, N. (2014). *Gender differences on two dimensions of perfectionism among gifted children* (Tesis de maestría, Université de Montréal, Quebec, Canada). Recuperada de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10643>
36. Delisle, J. (1990). The gifted adolescent at risk: Strategies and resources for suicide prevention among gifted youth. *Journal of Education of the Gifted*, 13(3), 212-228. doi: 10.1177/016235329001300303
37. Dixon, F., Lapsley, D., & Hanchon, T. (2004). An empirical typology of perfectionism in gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 48(2), 95-106. doi: 10.1177/001698620404800203
38. Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent

- suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(2), 99-111. doi: 10.1023/A:1001978625339
39. Douilliez, C., & Hénot, E. (2013). Mesures du perfectionnisme chez l'adolescent: validation des versions francophone de deux questionnaires. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 45(1), 64-71.
 40. Elizathe, L., Arana, F., Murawski, B., & Rutzstein, G. (2009). Trastornos alimentarios en niños y su relación con la insatisfacción con la imagen corporal y perfeccionismo: estado del arte. En S. Slapak (Presidencia), *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XVI Jornadas de Investigación - V Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (Tomo I, pp. 34-36). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
 41. Elizathe, L., Murawski, B., Custodio, J., & Rutzstein, G. (2012). Riesgo de trastorno alimentario en niños escolarizados de Buenos Aires: su asociación con perfeccionismo. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 106-120. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/226>
 42. Elizathe, L., Murawski, B., Lievendag, L., Diez, M., Barrios, R., Cruz, G., & Rutzstein, G. (2011). Riesgo de trastorno alimentario y perfeccionismo en niños y niñas escolarizados. En N. Cervone (Presidencia), *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XVIII Jornadas de Investigación - VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (p. 293). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
 43. Elliot, A., & McGregor, H. (2001). A 2x2 achievement goal framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(3), 501-519. doi: 10.1037/0022-3514.80.3.501
 44. Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., & Welch, S. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476. doi: 10.1001/archpsyc.56.5.468
 45. Fairburn, C., Welch, S., Doll, H., Davies, B., & O'Connor, M. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
 46. Faust, J. (1987). Correlates of the drive for thinness in young female adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(4), 313-319. doi: 10.1207/s15374424jccp1604_4
 47. Fedewa, B., Burns, L., & Gomez, A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1609-1619. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.026
 48. Flett, G., & Hewitt, P. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
 49. Flett, G., Hewitt, P., Boucher, D., Davidson, L., & Munro, I. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation, and association with adjustment*. Unpublished manuscript, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
 50. Flett, G., Hewitt, P., Oliver, J., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In G. Flett & P. Hewitt (Eds.),

- Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89-132). Washington, DC: American Psychological Association.
51. Fong, R. (2012). *Perfectionism, social connectedness, and academic self-efficacy in average and academically talented primary school students in Hong Kong* (Tesis doctoral). The University of Hong Kong, Pok Fu Lam.
 52. Fong, R., & Yuen, M. (2011). Perfectionism in Chinese Elementary School Students: Validation of the Chinese Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Talent Development & Excellence*, 3(2), 203-213. Recuperado de https://moodle.ied.edu.hk/pluginfile.php/421918/mod_resource/content/0/_2011_Perfectionism_in_Chinese_elementary_school_students.pdf
 53. Franco, K., Mancilla-Díaz, J., Vázquez, R., Álvarez, G., & López, X. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 143-149. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016324003>
 54. Freudenstein, O., Valevski, A., Apter., A., Zohar, A., Shoval, G., Nahshoni, E.,... Zalsman, G. (2012). Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 746-752. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.08.011
 55. Friedberg, R., & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
 56. Frost, R., Heimberg, R., Holt, C., Mattia, J., & Neubauer, A. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126. doi: 10.1016/01918869(93)90181-2
 57. Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. doi: 10.1007/BF01172967
 58. Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762
 59. Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:23.0.CO;2-6
 60. Gaudreau, P. (2012). A methodological note on the interactive and main effects of dualistic personality dimensions: An example using the 2x2 model of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 52(1), 26-31. doi: 10.1016/j.paid.2011.08.022
 61. Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2x2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 532-537. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.031
 62. Gaudreau, P., & Verner-Filion, J. (2012). Dispositional perfectionism and well-being: A test of the 2x2 model of perfectionism in the sport domain. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(1), 29-43. doi: 10.1037/a0025747
 63. Gilman, R., Ashby, J., Sverko, D., Florell, D., & Varjas, K. (2005). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality and Individual Differences*, 39(1), 155-166. doi: 10.1016/j.paid.2004.12.014

64. González, C., Vicent, M., Inglés, C., Lagos-San Martín, N., García-Fernández, J., & Martínez-Monteagudo, M. (abril, 2015). *Diferencias en perfeccionismo socialmente prescrito en función del rechazo escolar*. Trabajo presentado en el XXII Congreso Internacional INFAD de Psicología, Kalamata, Grecia.
65. Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
66. Heron, J., & Leheup, R. (1984). Happy families? *British Journal of Psychiatry*, 145, 136-138. doi: 10.1192/bjp.145.2.136
67. Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
68. Hewitt, P., & Flett, G. (2002). Perfectionism and stress enhancement, perpetuation, anticipation, and generation in psychopathology. In G. Flett & P. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 742-775). Washington, DC: American Psychological Association.
69. Hewitt, P., & Flett, G. (2004). *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
70. Hewitt, P., Caelian, C., Chen, C., & Flett, G. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 663-674. doi: 10.1007/s10862-014-9427-0
71. Hewitt, P., Caelian, C., Flett, G., Sherry, S., Collins, L., & Flynn, C. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1049-1061. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00109-X
72. Hewitt, P., Flett, G., Besser, A., Sherry, S., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1221-1236. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00021-4
73. Hewitt, P., Flett, G., Sherry, S., Habke, M., Parkin, M., Lam, R.,... Stein, M. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303-1325. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1303
74. Hewitt, P., Newton, J., Flett, G., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(2), 95-101. doi: 10.1023/A:1025723327188
75. Hollender, M. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94-103. doi: 10.1016/S0010-440X(65)80016-5
76. Horney, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: Norton.
77. Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: Norton.
78. Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M., & Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica*, 130(13), 487-491. doi: 10.1157/13119489

79. Juster, H., Heimberg, R., Frost, R., Holt, C., Mattia, J., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21(3), 403-410. doi: 10.1016/0191-8869(96)00075-X
80. Klibert, J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46(2), 141-156. doi: 10.1353/csd.2005.0017
81. Kottman, T., & Ashby, J. (2000). Perfectionistic children and adolescents: Implications for school counselors. *Professional School Counseling*, 3(3), 182-188.
82. Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
83. Lega, L. (1991). La terapia racional-emotiva: una conversación con Albert Ellis. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 475-492). Madrid: Siglo XXI.
84. Liebman, W. (1978). Recurrent abdominal pain in children: A retrospective study of 119 patients. *Clinical Pediatrics*, 17(2), 149-153.
85. Lombardi, D., Florentino, M., & Lombardi, A. (1998). Perfectionism and abnormal behavior. *Journal of Individual Psychology*, 54(1), 61-71.
86. López, S., & Rodríguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3768>
87. Lozano, L., García, E., Lozano, L., Martín, M., & Pedrosa, I. (noviembre, 2008a). *El efecto de la desesperanza infantil en la depresión y en el rendimiento académico*. Trabajo presentado en el II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica y de la Salud, Granada, España. Resumen recuperado de <http://www.funveca.org/PDFs/Avances2008.pdf>
88. Lozano, L., García, E., Lozano, L., Martín, M., & Pedrosa, I. (noviembre, 2008b). *¿Existe relación entre la tríada cognitiva negativa de Beck y la depresión en los niños?* II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica y de la Salud, Granada, España. Resumen recuperado de <http://www.funveca.org/PDFs/Avances2008.pdf>
89. Lozano, L., García, E., Martín, M., & Lozano, L. (2012). Desarrollo y validación del Inventario de Perfeccionismo Infantil (I.P.I.). *Psicothema*, 24(1), 149-155. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3992>
90. Lozano, L., Lozano, L., Martín, M., & García-Cueto, E. (julio, 2010). *Influencia de variables afectivas y cognitivas en el rendimiento académico*. Trabajo presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Asturias (Oviedo), España.
91. Lozano, L., Llanos, A., Lozano, L., & Valor-Segura, I. (2014a). El efecto del perfeccionismo infantil en la aparición de sintomatología internalizada. En M. Ramiro & T. Ramiro-Sánchez (Comp.), *VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica* (p. 276). Sevilla, España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
92. Lozano, L., Llanos, A., Lozano, L., & Valor-Segura, I. (2014b). El perfeccionismo en el desarrollo de la sintomatología ansiosa y depresiva en la infancia. En M. Ramiro & T. Ramiro-Sánchez (Comp.), *VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica* (p. 275). Sevilla, España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).

93. Lozano, L., Valor-Segura, I., & Lozano, L. (2015). Could a perfectionism context produce unhappy children? *Personality and Individual Differences*, 80, 12-17. doi: 10.1016/j.paid.2015.01.022
94. Lozano, L., Valor-Segura, I., Llanos, A., & Lozano, L. (2014). Efectos del perfeccionismo infantil sobre la inteligencia y el rendimiento académico. En A. Romero, T. Ramiro-Sánchez & M. Paz (Coord.), *Libro de Actas del II Congreso Internacional de Ciencias de la Educación y del Desarrollo* (p. 178). Granada, España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
95. Mancilla, A., Vázquez, R., Mancilla-Díaz, J., Amaya, A., & Alvarez, G. (2012). Body dissatisfaction in children and preadolescents: A systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 62-79. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/212>
96. Mandel, H., & Marcus, S. (1988). *The psychology of underachievement: Differential diagnosis and differential treatment*. Toronto: Wiley.
97. McVey, G., Pepler, D., Davis, R., Flett, G., & Abdolell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 75-95. doi: 10.1177/0272431602022001004
98. Méndez-Giménez, A., Cecchini-Estrada, J., & Fernández-Río, J. (2014). El modelo de perfeccionismo disposicional 2x2 en la adolescencia: una comprobación en el contexto de la Educación Física. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1333-1344. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-4.mpda
99. Méndez-Giménez, A., Cecchini-Estrada, J., & Fernández-Río, J. (2015a). Perfeccionismo, afectividad y satisfacción con la vida en Educación Física. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 11(41), 297-304. doi: 10.5232/ricyde2015.04107
100. Méndez-Giménez, A., Cecchini-Estrada, J., & Fernández-Río, J. (2015b). Perfeccionismo, metas de logro 2x2 y regulaciones motivacionales en el contexto de la Educación Física. *Aula Abierta*, 43(1), 18-25. doi: 10.1016/j.aula.2014.09.001
101. Miloseva, L., & Vukosavljevic-Gvozden, T. (2014). Perfectionism dimensions in children: Association with anxiety and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 78-91. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.332
102. Miracco, M., Scappatura, M., Traiber, L., De Rosa, L., Arana, F., Lago, A.,... Keegan, E. (2012). Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva. En N. Cervone (Presidencia), *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XIX Jornadas de Investigación - VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 102-106). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
103. Morán, M., & García, M. (abril, 2015). *Acoso escolar: relación con sentimiento de soledad y perfeccionismo positivo en adolescentes españoles*. Trabajo presentado en el XXII Congreso Internacional INFAD de Psicología, Kalamata, Grecia.
104. Moss, H. (2011). *Body dissatisfaction in adolescents with eating disorders: Associations with maladaptive perfectionism and anxiety* (Tesis de maestría, University of Canterbury, UK). Recuperada de <http://ir.canterbury.ac.nz/handle/10092/6674>

105. Nicoll, M. (2007). *Structured leisure and adolescent adjustment* (Tesis doctoral, University of Saskatchewan, Canada). Recuperada de <http://ecommons.usask.ca/handle/10388/etd-12312007-122751>
106. Nicholls, D., Lynn, R., & Viner, R. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, *198*(4), 295-301. doi: 10.1192/bjp.bp.110.081356
107. Nobel, R. (2007). *Perfectionism in school-age children experiencing symptoms of depression and anxiety: Characterization and relationship to treatment outcomes*. Toronto: University of Toronto.
108. Öngen, D. (2009). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among high school adolescents in Turkey. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, *37*(1), 52-64. doi: 10.1002/j.2161-1912.2009.tb00091.x
109. Oros, L. (2003). Medición del perfeccionismo infantil: desarrollo y validación de una escala para niños de 8 a 13 años de edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *16*(2), 99-112. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R16/R166.pdf
110. Oros, L. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de Psicología*, *21*(2), 294-303. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/26951>
111. Oros, L., Iuorno, O., & Serppe, M. (abril, 2014). *Correlatos afectivos y sociales del perfeccionismo infantil*. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Psicología y IV Congreso Nacional de Psicología: "Ciencia y Profesión", Córdoba, Argentina. Resumen recuperado de http://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=IHEM&id=24623&congresos=yes&detalles=yes&congr_id=2879862
112. Pacht, A. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, *39*(4), 386-390. doi: 10.1037/0003-066X.39.4.386
113. Pamies, L., & Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de Psicología*, *30*(2), 620-626. doi: 10.6018/analesps.30.2.158441
114. Parker, W. (1997). An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Association*, *34*(3), 545-562. doi: 10.3102/00028312034003545
115. Philippi, M., & Lora, V. (1999). Bulimia nerviosa, depresión, auto-estima, actitudes disfuncionales y perfeccionismo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, *12*(1), 9-27. Recuperado de <http://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/120>
116. Piñeiro, R. (2007). *Perfeccionismo y creencias de autoeficacia como factores predictores del rendimiento académico* (Tesis de licenciatura). Universidad Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.
117. Preusser, K., Rice, K., & Ashby, J. (1994). The role of self-esteem in mediating the perfectionism depression connection. *Journal of College Student Development*, *35*(2), 88-93.

118. Quinteros, R. (2007). *Perfeccionismo infantil: personalidad y estilos de crianza como variables predictoras* (Tesis de licenciatura). Universidad Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.
119. Rice, K., & Preusser, K. (2002). The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale (AMPS). *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(4), 210-222.
120. Rice, K., Kubal, A., & Preusser, K. (2004). Perfectionism and children's self-concept: Further validation of the Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Psychology in the Schools*, 41(3), 279-289. doi: 10.1002/pits.10160
121. Rodríguez-Jiménez., T., Blasco, L., & Piqueras, J. (2014). Relación entre subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva y de perfeccionismo en adolescentes. *Psicología Conductual*, 22(2), 203-217.
122. Rosewall, J. (2009). *Prevalence, correlates and moderators of eating pathology in New Zealand women, adolescent and preadolescent girls* (Tesis doctoral, University of Canterbury, UK). Recuperada de <http://ir.canterbury.ac.nz/handle/10092/2223>
123. Roxborough, H. (2008). "I want you to think I'm perfect and it's killing me": *The interpersonal components of perfectionism and suicide in a test of the social disconnection model* (Tesis de maestría, University of British Columbia, Vancouver, Canada). Recuperada de <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0066548>
124. Roxborough, H., Hewitt, P., Kaldas, J., Flett, G., Caelian, C., Sherry, S., & Sherry, D. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 217-233. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x
125. Ruiz, D. (2014). *La regulación verbal en la infancia y adolescencia: su importancia en el estudio de la personalidad* (Tesis doctoral). Universidad de Almería, España.
126. Ryan, R., & Deci, E. (2000). Intrinsic and extrinsic motivation: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
127. Ryan, R., & Deci, E. (2009). Promoted self-determined school engagement: Motivation, learning, and well-being. In K. Wentzel & A. Wigfield (Eds.), *Handbook of motivation at school* (pp. 171-195). New York: Routledge/Taylor y Francis Group.
128. Saling, M., Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2005). A prospective study of individual factors in the development of weight and muscle concerns among preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 651-661. doi: 10.1007/s10964-005-8953-1
129. Schell, C. (2006). *Overcome by perfection: A treatment manual for children with perfectionism* (Tesis de maestría, Athabasca University - University of Calgary - University of Lethbridge). Recuperada de <http://dtptr.lib.athabascau.ca/files/loi/SchellCelesteLetter.pdf>
130. Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6
131. Slaney, R., & Johnson, D. (1992). *The Almost Perfect Scale*. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, United States of America.

132. Slaney, R., Rice, K., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. (2001). The revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*(3), 130-145.
133. Stallard, P. (2007). *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
134. Stoeber, J., & Childs, J. (2011). Perfectionism. In R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of adolescence* (Vol. 4, Pt. 16, pp. 2053-2059). New York: Springer.
135. Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*(4), 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004_2
136. Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research, 24*(6), 353-359. doi: 10.1016/0022-3999(80)90027-6
137. Tyrka, A., Waldron, I., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders, 32*(3), 282-290. doi: 10.1002/eat.10094
138. Uz-Baş, A. (2010). Uyumlu-Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması (Turkish adaptation of Adaptive-Maladaptive Perfectionism Scale). *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4*(34), 128-136. Recuperado de <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpdrd/article/view/1058000196>
139. Uz-Baş, A. (2011). Dimensions of perfectionism in elementary school-aged children: Associations with anxiety, life satisfaction, and academic achievement. *Education and Science, 36*(162), 261-272. Recuperado de <http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/1096>
140. Uz-Baş, A., & Siyez, D. (2010). Adaptation of the Child and Adolescent Perfectionism Scale to Turkish: The validity and reliability study (Çocuk ve Ergen Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması). *Elementary Education Online, 9*(3), 898-909. Recuperado de <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ilkonline/article/view/5000038018>
141. Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
142. Wilksch, S., Durbridge, M., & Wade, T. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(8), 937-947. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181799f4a
143. Yang, H., Hong, C., Tao, X., & Zhu, L. (2015). Revising the Child and Adolescent Perfectionism Scale: A test of the four-factor structure in a Chinese sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 48*, 1-12. doi: 10.1177/0748175615578733

Tabla 1

Instrumentos empleados para medir perfeccionismo en niños y adolescentes

Instrumento	Autoría	País	Modelo teórico	Dimensiones e ítems	Puntuación	Validez	Confiabilidad	Disponibilidad	Adaptaciones
Child Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)	Flett, Hewitt, Boucher, Davidson y Munro (2000)	Canadá	Hewitt y Flett (1991)	(1) SOP (10 ítems, e.g., “I try to be perfect in every thing I do”/“Intento ser perfecto en todo lo que hago”). (2) SPP (12 ítems, e.g., “There are people in my life who expect me to”/“Hay personas que esperan que sea perfecto”).	Escala Likert de cinco puntos (1 = <i>false - not at all true of me/falso - no totalmente verdadero para mí</i> , 2 = <i>mostly false</i> , 3 = <i>neither true nor false</i> , 4 = <i>mostly true</i> , 5 = <i>very true of me/muy verdadero para mí</i>).	Análisis factorial (componentes principales con rotación Varimax): dos factores que reflejan el deseo de perfección de sí mismo (SOP, 12.2 % de la varianza) y las demandas que ejercen los otros (SPP, 28.7 % de la varianza).	Consistencia interna: $\alpha = .85$ (SOP), $\alpha = .81$ (SPP). Confiabilidad test-retest (con un lapso intermedio de cinco semanas entre evaluaciones): SOP ($r = .74, p < .01$), SPP ($r = .66, p < .01$).	Véanse: Caelian (2005), Cook (2012), Darbouze-Bonyeme (2014), Moss (2011), Nicoll (2007) y Rosewall (2009).	España (Castro et al., 2004), Turquía (Uz-Baş & Siyez, 2010), Francia (Douilliez & Hénot, 2013), Portugal (Bento, Pereira, Saraiva, & Macedo, 2014), China (Yang, Hong, Tao, & Zhu, 2015).
Adaptive Maladaptive Perfectionism Scale (AMPS)	Rice y Preusser (2002)	Estados Unidos	Propio ^a	(1) Sensibilidad a los errores (Sensitivity to mistakes, 9 ítems, e.g., “I become sad when I see a mistake on my paper”). (2) Autoestima contingente (Contingent self-esteem, 8 ítems, e.g., “I feel	Escala Likert de cuatro puntos (1 = <i>really unlike me/muy diferente a mí</i> , 2 = <i>somewhat unlike me</i> , 3 = <i>somewhat like</i>	Análisis factorial que identificó cuatro factores.	Consistencia interna: $\alpha = .73 - .91$.	Véanse: Fong (2012) y Schell (2006).	Turquía (Uz-Baş, 2010), China (Fong & Yuen, 2011).

				super when I do well at something”). (3) Compulsividad (Compulsiveness, 6 ítems, e.g., “I always make a list of things and check them off after I do them”). (4) Necesidad de admiración (Need for admiration, 4 ítems, e.g., “I do good work so that others think I am great”).	<i>me, 4 = really like me/muy parecido a mí).</i>				
Escala de Perfeccionismo Infantil	Oros (2003)	Argentina	Hewitt y Flett (1991)	(1) Autodemandas (8 ítems, e.g., “Necesito ser el mejor”). (2) Reacciones ante el fracaso (8 ítems): (a) Culpa y remordimiento (2 ítems, e.g., “Pienso mucho en las equivocaciones que tuve”), (b) Malestar (2 ítems, e.g., “Me siento muy mal cada vez que pierdo en algún juego o deporte”), (c) Autocastigo (4 ítems, e.g., “Me critico mucho a mí mismo”).	Escala Likert de tres puntos (1 = <i>no o no lo pienso</i> , 2 = <i>a veces o lo pienso algunas veces</i> , 3 = <i>sí o lo pienso muchas veces</i>).	Análisis factorial a través del método de ejes principales con rotación varimax (KMO: .82; Sig. Bartlett: $p = .000$): dos factores (i.e., Autodemandas y Reacciones ante el fracaso) explican 41.1 % de la varianza total. Refactorización del segundo factor (KMO: .73; Sig. Bartlett: $p = .000$): tres factores (i.e., Culpa y remordimiento,	Consistencia interna: $\alpha = .82$ (Autodemandas), $\alpha = .70$ (Reacciones ante el fracaso), $\alpha = .83$ (Escala total).	Correo electrónico de su autora ^b .	Venezuela (Aguilar & Castellanos, 2015) ^c

					Malestar y Autocastigo) explican 61.5 % de la varianza de la dimensión Reacción ante el fracaso.	
Inventario de Perfeccionismo Infantil (IPI)	Lozano, García, Martín y Lozano (2012)	España	Hewitt y Flett (1991) & Rice y Preusser (2002)	(1) Presión externa (PEX, 8 ítems, e.g., “Para que los demás me valoren tengo que hacer las cosas mejor que nadie”). (2) Autoexigencia (AUX, 8 ítems, e.g., “Aunque otros me digan que hice bien mis tareas, pienso que podría haberlas hecho todavía mejor”). (3) Autovaloración negativa (9 ítems, e.g., “Cuando no hago las cosas tan bien como quiero, siento que no valgo para nada”).	<p>Escala Likert de cinco puntos (1 = <i>nunca</i>, 2 = <i>casi nunca</i>, 3 = <i>algunas veces</i>, 4 = <i>casi siempre</i>, 5 = <i>siempre</i>).</p> <p>Análisis factorial exploratorio (método MRFA y rotación Promin): tres factores (i.e., PEX, AUX y Autovaloración) explican 66.23 % de la varianza.</p> <p>Análisis factorial confirmatorio: los tres factores iniciales son explicados por un único factor de segundo orden (Perfeccionismo).</p> <p>Consistencia interna: $\alpha = .90$ (Presión externa), $\alpha = .82$ (Autoexigencia), $\alpha = .90$ (Autovaloración negativa), $\alpha = .95$ (Perfeccionismo).</p>	Correo electrónico de uno de sus autores ^d .

Nota: SOP = Self-Oriented Perfectionism (Perfeccionismo autorientado); SPP = Socially Prescribed Perfectionism (Perfeccionismo socialmente prescrito).

^a Ver discusión en el texto (Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale, párr. 3 y 6). Se refiere al trabajo de licenciatura de los autores del presente artículo.

Artículo recibido en: 20/01/2016

Manejado por: Editor jefe Ajayu

Aceptado en: 15/06/2016

No existen conflictos de intereses