

Perfeccionismo infantil desadaptativo en población clínica y no clínica de Posadas, Misiones (Argentina)

Maladaptive Child Perfectionism in clinical and non-clinical populations of Posadas, Misiones (Argentina)

Investigadora Titular: Sonia Chemisquy ¹

Investigadores Auxiliares: Johanna Elizabeth Díaz, Luana Natahela Arevalo & Iván Zuqui

Universidad Católica de las Misiones-IDIC/Universidad de la Cuenca del Plata-
Universidad de la Cuenca del Plata, Argentina

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”¹

Recibido: 11/Junio/2021

Acceptado: 1/05/2022

Resumen

La presente investigación se propuso estudiar el perfeccionismo desadaptativo, definido desde la perspectiva multidimensional como la búsqueda implacable de la perfección tanto para uno mismo como para los demás, en población clínica y no-clínica de niños y niñas de la ciudad de Posadas (Argentina). Se realizó un estudio empírico, cuantitativo, de corte transversal. Se conformó una muestra clínica de 44 niños y 24 niñas (Media: 9.59; DE 1.68), que recibían tratamiento psicológico y/o psicopedagógico en centros terapéuticos privados; y una muestra no-clínica de 24 niños y 46 niñas (Media: 10.43; DE 1.2) que asistían a escuelas primarias de la ciudad de Posadas. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparaciones de medias. Los resultados indican mayor presencia de niveles moderados y elevados de perfeccionismo insano en la muestra clínica. Tomados en su conjunto, estos resultados permiten inferir que el perfeccionismo desadaptativo se encuentra presente en población clínica infantil, lo que sugiere que este sistema cognitivo puede considerarse como un factor transdiagnóstico para la salud mental infantil.

Palabras Claves: Perfeccionismo desadaptativo; salud mental; infancia.

¹Correspondencia remitir a: Sonia Chemisquy sochemisquy@gmail.com

²Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o normacopparipy@gmail.com “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

Abstract

The present research was aimed to study maladaptive perfectionism, defined from a multidimensional perspective as the relentless search of perfection for oneself and the others, in a clinical and non-clinical children's population. An empirical, quantitative, cross-sectional study was conducted. The clinical sample was comprised of 44 boys and 24 girls (Mage 9.59; SD 1.68) who received psychotherapeutic and/or psycho-pedagogical treatment in private centers, and the non-clinical sample was comprised of 24 boys and 46 girls (Mage 10.43; SD 1.2) who attended at primary schools of the city of Posadas. Descriptive statistical analyses, mean comparisons, and bivariate correlations were made. Results showed the presence of more cases of moderate and higher levels of maladaptive perfectionism in the clinical sample and mostly negative and small to moderate correlations between perfectionism and some dimensions of child well-being. Taking them as a whole, these results allow inferring that maladaptive perfectionism is present in the clinical population, which suggests that this cognitive system may be considered as a transdiagnostic factor to children's mental health.

Keywords: Maladaptive perfectionism; mental health; childhood.

Los problemas de salud mental afectan hasta un 20% de los niños y niñas a nivel mundial (Kieling et al., 2011) y representan aproximadamente un 16% de la carga global de enfermedades que afectan a personas de 10 a 19 años de edad (Batabunde et al., 2019). Estos datos ponen en evidencia la importancia de la investigación acerca de los problemas que afectan el bienestar psicológico y la salud mental de niños y niñas. Una perspectiva interesante para el estudio de la psicopatología es la de los factores transdiagnósticos, que sugiere abordar los factores responsables del desarrollo y mantenimiento de los problemas patológicos.

Desde esta perspectiva, resulta relevante el estudio de los sistemas cognitivos que constituyen el sustrato biopsicosocial de la enfermedad mental (Dagleish et al., 2020); en este sentido, el perfeccionismo desadaptativo ha sido señalado previamente como un posible factor transdiagnóstico (Egan et al., 2011), ya que interviene en el origen y/o mantenimiento de diversos trastornos de la salud mental.

Se entiende al perfeccionismo desadaptativo como el conjunto de creencias, actitudes, pensamientos y conductas relacionadas con: (a) la imposición de altos estándares y exigencias de desempeño irracionalmente elevadas, tanto hacia uno mismo como hacia los otros, y (b) con la percepción y/o creencia de que los otros significativos demandan desempeños tan exigentes que no se pueden alcanzar (Hewitt et al., 2017). El perfeccionismo comienza a desarrollarse desde la infancia, relacionado con algunos factores tales como los estilos de crianza característicos de los progenitores, especialmente el ansioso (Affrunti, et al., 2017) y el intrusivo (Hong et al., 2016); la exagerada crítica de los padres y madres hacia sus hijos e hijas (Clark, et al., 2009); los estilos inseguros de apego (Chen et al., 2012); la presencia de psicopatología ma-parental (Cook, et al., 2014); y/o el perfeccionismo de los progenitores (Ashby, et al., 1996). Además de estos factores de origen familiar, se han descrito factores predisponentes para el perfeccionismo propios del individuo, como, por ejemplo, la personalidad con predominio de rasgos de neuroticismo (Oros et al., 2017) o las experiencias negativas como la victimización de parte de pares (Roxborough et al., 2012) o vivir situaciones de abuso y/o negligencia (Chen et al., 2019).

El perfeccionismo desadaptativo infantil ha sido asociado a distintos problemas de salud mental tales como: trastornos de la conducta alimentaria (Scappatura et al., 2011), depresión, trastornos de ansiedad (Gonzálvez et al., 2015), pensamientos irracionales, preocupación, rumiación (García Fernández et al., 2016) y deterioro de la vida social (García Fernández et al., 2016; Chemisquy, et al., 2020). Los niños y niñas perfeccionistas pueden tener la creencia de que es inaceptable experimentar emociones o pensamientos negativos y, además, pueden tener un estilo interpersonal caracterizado por la necesidad de mostrarse como perfectos, de ocultar y silenciar los errores.

Estas características pueden llevar a que el malestar de estos menores pase desapercibido (Flett, et al., 2013) para los adultos significativos (familia, docentes) quienes, en muchos casos, desconocen los potenciales peligros de este sistema cognitivo para el bienestar. Asimismo, la peligrosidad del perfeccionismo reside en el desconocimiento de los agentes de salud sobre sus consecuencias negativas, con lo que esta problemática puede resultar invisibilizada y hasta fomentada en algunos ámbitos en los que se desenvuelven los niños y niñas (p.ej. la escuela).

A nivel nacional y regional no se han hallado aún investigaciones que aborden esta temática desde una perspectiva transdiagnóstica. En base a este vacío, los objetivos de esta investigación fueron: estudiar el perfeccionismo desadaptativo en una muestra clínica de niños y niñas que realizan tratamientos psicológicos y/o psicopedagógicos en centros privados de la ciudad de Posadas, Argentina, y establecer comparaciones con una muestra no-clínica de participantes de la misma edad y ciudad. A partir de las evidencias empíricas previas, en este estudio se supuso que: (H1) en la muestra clínica existiría un mayor porcentaje de valores moderados y elevados de perfeccionismo desadaptativo; y (H2) los valores de perfeccionismo desadaptativo serían superiores en la muestra clínica que en la no-clínica. Se espera que los datos obtenidos en este estudio sean de relevancia para el desarrollo de políticas de salud infantil dirigidas a la prevención e intervención en salud mental.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio empírico, cuantitativo, basado en una estrategia asociativa, y de corte transversal.

Participantes

Se diferenciaron dos grupos muestrales: una muestra clínica y otra no-clínica. En ambos casos se trabajó con un muestreo no probabilístico, intencional. La muestra clínica quedó conformada por 44 niños y 24 niñas ($M_{\text{edad}} 9.59$; $DE 1.68$), que recibían tratamiento psicológico y/o psicopedagógico en centros terapéuticos privados de la ciudad. Del total de participantes, un 45.9% realizaba tratamiento psicoterapéutico hacía más de 6 meses, 37.7% estuvo en tratamiento por un período de entre 2 y 6 meses; el 16.4% restante había iniciado su tratamiento hacía 2 meses o menos. La muestra no clínica estuvo compuesta por 24 niños y 46 niñas ($M_{\text{edad}} 10.43$; $DE 1.2$) que asistían a escuelas primarias de la ciudad de Posadas.

Instrumentos y materiales

Para evaluar el Perfeccionismo Autorientado se utilizó la Escala Argentina de Perfeccionismo Infantil (Oros, 2003), que es un instrumento autoadministrado constituido por 16 ítems que se dividen en partes iguales para conformar dos dimensiones: (a) Subescala de Autodemandas, que comprende las autoimposiciones y las exigencias personales ($\alpha = .82$); y (b) Subescala de Reacciones ante el Fracaso, cuyos ítems reflejan las emociones y actitudes asociadas al incumplimiento de las autodemandas ($\alpha = .70$). Esta escala está diseñada según el estilo Likert, con tres opciones de respuesta: Si (lo pienso) – Más o menos (lo pienso a veces)- No (no lo pienso), y presenta una buena consistencia interna ($\alpha = .83$).

Las dos dimensiones restantes del perfeccionismo desadaptativo fueron evaluadas con el Cuestionario de Perfeccionismo Social (Oros et al., 2019).

Este cuestionario también es autoadministrado, y utiliza el modelo de Likert, con tres respuestas posibles: Si – A veces – No. Consta de 16 ítems agrupados en dos subescalas que evalúan: (a) Perfeccionismo Socialmente Prescrito, esta subescala está compuesta por nueve ítems que evalúan la percepción de que los otros significativos exigen perfección y (b) Perfeccionismo Orientado a Otros, cuenta con siete ítems destinados a indagar acerca de la imposición a los demás de desempeños perfectos. La confiabilidad de la escala completa ($\omega = .89$) y de las subescalas de Perfeccionismo Socialmente Prescrito ($\omega = .84$) y Perfeccionismo Orientado a Otros ($\omega = .83$) es muy buena.

Procedimiento

Para conformar la muestra clínica se estableció el primer contacto con centros terapéuticos privados de la ciudad de Posadas que brindan tratamientos psicológicos y/o psicopedagógicos a población infantil, por medio de una nota formal en la que se informaba acerca del proyecto de investigación. Una vez que se recibió la autorización para el ingreso del equipo de investigación, se entregaron los consentimientos informados a los tutores.

Luego se administraron los instrumentos a los menores y el cuestionario de datos sociodemográficos a sus madres y/o padres; en función de la disponibilidad del profesional tratante, la administración estuvo a cargo de dicho profesional o de miembros del equipo de investigación. En el primer caso, los niños y niñas contestaron las encuestas en compañía de sus terapeutas, y en el segundo fueron asistidos por las investigadoras mientras aguardaban en sala de espera; los padres respondieron sus cuestionarios en las salas de espera de los centros o en sus domicilios.

Para la muestra no-clínica, se seleccionaron instituciones educativas de la ciudad y se solicitó la autorización de los directivos para acceder a las aulas, explicar los objetivos de la investigación a los estudiantes y presentar el consentimiento informado para que lo lleven a sus casas en el cuaderno de comunicaciones. En una segunda visita a las aulas se administraron las pruebas psicométricas para evaluar las tres dimensiones del perfeccionismo únicamente a los niños y niñas cuyos tutores firmaron el consentimiento informado; los menores que se negaron a dar su asentimiento no fueron evaluados. La evaluación fue coordinada por miembros del equipo de investigación, se realizó grupalmente en las aulas y contó con la presencia de las maestras.

Para su análisis, los datos se cargaron en el programa SPSS v.20.0. En primer lugar se realizaron análisis estadísticos descriptivos de todas las variables (medias, desviaciones estándar, asimetría y curtosis). En segundo lugar se construyeron indicadores de perfeccionismo bajo, moderado y elevado; para el Perfeccionismo Autorientado se tomaron como referencia los valores normativos (Oros & Vargas-Rubilar, 2016), mientras que para las otras dimensiones del perfeccionismo se realizó una segmentación de intervalos dividiendo el rango de valores posibles en tres. En tercer lugar se construyó una tabla de contingencia para analizar el porcentaje de niños y niñas en cada nivel de perfeccionismo según el tipo de muestra y se evaluó la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la distribución obtenida con el estadístico chi cuadrado. En cuarto lugar se realizó la prueba de *t* de Student para verificar la presencia de diferencias significativas en las medias de los valores de perfeccionismo en las dos muestras, y se calculó el índice *d* (Cohen, 1992) para evaluar el tamaño del efecto con una calculadora online (<https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx>).

RESULTADOS

Se realizaron análisis descriptivos de todas las variables; los resultados obtenidos se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1

Medias, desviaciones estándar, índices de asimetría y curtosis

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>As</i>	<i>Cur</i>
PAO	138	29.31	7.11	.38	-.46
PSP	138	16.00	4.69	.51	-.77
POO	138	10.46	3.85	1.15	.40

Referencias: PAO = Perfeccionismo Autorientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado a Otros.

Se construyeron indicadores de nivel de perfeccionismo bajo, moderado y elevado. Para el Perfeccionismo Autorientado se utilizó el baremo disponible en Argentina que clasifica como bajos a los puntajes entre 16 y 29.5; moderados a aquellos entre 30 a 33.5 puntos; y elevados a los superiores a 34 puntos.

En el caso del Perfeccionismo Socialmente Prescrito, los indicadores fueron contruidos a partir del rango; así, los valores bajos fueron aquellos entre 9 y 15 puntos, los moderados aquellos entre 15 y 20 y los elevados aquellos entre 20 y 26.

La misma estrategia se utilizó para el Perfeccionismo Orientado a Otros, donde los valores bajos fueron aquellos entre 7 y 11, los moderados entre 11 y 15, y los elevados entre 15 y 19.

A continuación se calculó la frecuencia, en porcentaje, de cada uno de esos niveles para la muestra clínica y la no-clínica; los resultados se encuentran en la Tabla 2, donde se puede observar que la proporción de valores en los niveles moderado y elevado es superior en la muestra clínica.

Tabla 2

Distribución porcentual de las muestras en niveles bajos, moderados y elevados de cada dimensión del perfeccionismo

	Bajo	Moderado	Elevado
Muestra Clínica			
PAO	41.2%	23.5%	35.3%
PSP	42.6%	32.4%	25.0%
POO	55.9%	23.5%	20.6%
Muestra Escolar			
PAO	61.4%	20.0%	18.6%
PSP	61.4%	21.4%	17.1%
POO	85.7%	11.4%	2.9%

Referencias: PAO = Perfeccionismo Autorientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado a Otros.

La prueba de chi cuadrado indicó la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la distribución por niveles del Perfeccionismo Autorientado ($\chi^2 = 6.545$; *gl* 2, $p = .038$) y Perfeccionismo Orientado a Otros ($\chi^2 = 16.580$; *gl* 2; $p < .001$) en las dos muestras. La prueba de *t* de Student indicó la presencia de diferencias estadísticamente significativas, de tamaño de efecto pequeño, en las muestras clínica y no-clínica para las tres dimensiones del perfeccionismo desadaptativo. En los tres casos los valores de la muestra clínica fueron superiores (ver Tabla 3).

Tabla 3

Comparación de medias para las tres dimensiones del perfeccionismo en la muestra clínica y no-clínica.

	M		DE		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Clínica	No-clínica	Clínica	No-clínica			
PAO	31.49	27.20	7.02	6.58	-3.702	.000	.063
PSP	17.01	15.01	4.71	4.49	-2.554	.012	.04
POO	11.97	9.00	4.41	2.47	-4.863	.000	.08

Referencias: PAO = Perfeccionismo Autorientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; POO = Perfeccionismo Orientado a Otros.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue estudiar el perfeccionismo desadaptativo en población clínica y no-clínica de niños y niñas de la ciudad de Posadas (Argentina). La primera hipótesis de trabajo fue confirmada: en la muestra clínica, los casos de Perfeccionismo Autorientado y Socialmente Prescrito, en los intervalos de puntajes moderados y elevados, superaron al porcentaje de casos con valores incluidos en el nivel bajo.

La segunda hipótesis también se confirmó parcialmente: las pruebas *t* de Student indicaron la presencia de diferencias significativas para las tres dimensiones del perfeccionismo, y la prueba de chi cuadrado indicó diferencias en las dimensiones Autorientada y Orientada a Otros; en todos los casos los puntajes más elevados se encontraron en la muestra clínica. Tomados en su conjunto, estos resultados permiten inferir que el perfeccionismo desadaptativo se encuentra presente en población clínica infantil, lo que condice con la propuesta de que este sistema cognitivo puede considerarse como un factor transdiagnóstico para la salud mental infantil y sugiere la necesidad de profundizar su estudio en muestras clínicas.

Ahora bien, para comprender los motivos por los cuales el perfeccionismo puede vulnerar el bienestar psicológico de los menores, Oros (2005) sugirió una explicación plausible, basada en el aumento de factores de riesgo a los que estos niños y niñas se ven expuestos, así como también por la escasez de recursos de afrontamiento que los mismos poseen.

Como ya se señaló en la introducción, el perfeccionismo se desarrolla desde las primeras etapas de la vida en relación a características propias del contexto socio-familiar del menor. Así, por ejemplo, se ha visto que este sistema cognitivo puede ser más prevalente cuando la relación con los padres está caracterizada por vínculos de apego inseguro (Chen et al., 2012), y cuando los progenitores tienden a recurrir a estilos de crianza basados en el control patológico y en la aceptación condicionada por el desempeño (Craddock et al., 2009).

Por otra parte, el perfil parental ansioso, los problemas psicopatológicos de los padres (p.ej. compulsividad, depresión, ansiedad) (Cook & Kearney, 2014) así como sus expectativas y demandas de rendimiento y afecto exageradas (Oros et al., 2017), también se han relacionado con el desarrollo del perfeccionismo. Esta breve revisión permite comprender que el contexto que favorece el perfeccionismo en la infancia puede ser en sí mismo un factor de riesgo y vulnerabilidad, actuando de manera directa o indirecta -por intermedio del perfeccionismo- en el desarrollo de problemas psicopatológicos.

Ahora bien, otros factores de riesgo son más específicos del perfil cognitivo de estos niños y niñas. Por ejemplo, la investigación científica ha comprobado que los menores con elevados niveles de perfeccionismo desadaptativo pueden presentar algunas tendencias cognitivas como la sobregeneralización, catastrofización, personalización y la abstracción selectiva, que pueden llevar a una interpretación negativa de sus contextos, con el consecuente aumento de la afectividad negativa (Davis, et al., 2012). Además, estos niños y niñas perfeccionistas pueden ver empobrecida su experiencia emocional por la disminución de algunas emociones positivas, como la gratitud (Oros et al., 2017).

Por otro lado, el perfeccionismo puede dar lugar a la percepción estrés en situaciones que para otros niños y niñas resultan gratificantes. Es el caso del ámbito escolar, que puede convertirse en una fuente de preocupaciones debido a la discrepancia percibida entre los logros y metas que los perfeccionistas se autoimponen, la poca autoconfianza en sus capacidades, su excesivo temor al fracaso; así como por la tendencia a la autoinculpación frente a los errores, a pensar que sus esfuerzos no son suficientes, y a reaccionar de forma exagerada frente a los yerros. Todo esto puede dar lugar a la pérdida de satisfacción hacia los logros académicos e, incluso, a un deterioro del rendimiento escolar que, a su vez, incrementa el malestar (Bong et al., 2014; Nounopoulos et al., 2006).

Por último, otra fuente de estrés y malestar para los niños y niñas perfeccionistas puede ser la vida social. En este ámbito, los menores pueden esforzarse por evitar las actividades que pongan en duda su perfecto desempeño, exigen a los otros la perfección e incluso prefieren establecer relaciones con los más inteligentes.

Para el perfeccionismo desadaptativo las relaciones sociales son vividas con desesperanza, y son fuente de duras autocríticas. Al respecto, las investigaciones han comprobado que estos menores suelen estar aislados, sufrir acoso (Roxborough et al., 2012), sentir más soledad y contar con una percepción de escaso apoyo social (Chemisquy, et al., 2020).

Siguiendo con la línea argumental de Oros (2005), el estilo característico de afrontamiento de esta población puede conducir a un aumento de la vulnerabilidad. En este sentido, por ejemplo, se verificó que en el caso de los niños y niñas perfeccionistas predomina el uso de estrategias orientadas a las emociones, como la evitación cognitiva, el descontrol de emociones, la distracción o gratificación alternativa, la paralización y el análisis lógico improductivo (Oros, 2004).

En esta misma línea, se comprobó que los niños y niñas perfeccionistas tienden a presentar pensamientos repetitivos negativos y derrotistas enfocados en el malestar, tales como la rumiación, la autocrítica y la preocupación; por ejemplo, en los perfeccionistas autorientados se destacan las rumiaciones como hábito de pensamiento desadaptativo (Dry et al., 2015).

Todas estas estrategias para hacer frente a los factores estresantes coinciden en que no logran resolver el problema, y hasta pueden conducir a un aumento de la afectividad negativa (Bergman et al., 2007). Por lo tanto, estos menores pueden seguir expuestos a la situación que les generó el malestar, más allá de sus esfuerzos por afrontarla, e incluso terminar expuestos a mayores niveles de malestar acaecidos a raíz de las estrategias de afrontamiento empleadas.

Cabe destacar que el desarrollo de esta investigación ha contado con algunas limitaciones. El pequeño tamaño muestral puede representar un inconveniente a la hora de extrapolar estos resultados a poblaciones más extensas, por lo que se sugiere cautela a la hora de extraer conclusiones generales de este estudio. Asimismo, es posible considerar que la falta de información específica acerca de los diagnósticos y tratamientos de los participantes puede representar una dificultad ya que no ha sido posible establecer inferencias relacionadas con el tipo de problemas que experimentaban los menores que fueron encuestados. Por otro lado, el diseño transversal imposibilita establecer una dirección causal entre los datos, con lo que no se puede concluir que el perfeccionismo haya estado presente como factor causal o que dio lugar al problema que determinó el inicio de la consulta psicológica o psicopedagógica.

Dichas limitaciones pueden representar una menor generalización de los resultados y advierten acerca del carácter contextual de las inferencias posibles; no obstante, se considera que este estudio es novedoso debido a los escasos precedentes de investigación con muestras clínicas infanto-juveniles en la región, y además se considera que su temática es relevante en el contexto de la investigación en salud mental infantil de la región.

Conclusión y sugerencias para la práctica clínica

En las distintas revisiones de la bibliografía científica disponibles (p.ej. Affrunti & Woodruff-Bordem, 2014), el perfeccionismo desadaptativo ha demostrado ser un problema importante para la salud física y mental en las todas etapas de la vida. Durante la niñez media, caracterizada por la importancia que tiene la vida escolar, es habitual que los niños y niñas transiten diversos contextos donde se fomente la autoexigencia desmedida y donde se promuevan los esfuerzos irracionales por lograr desempeños perfectos y por ser los mejores en los deportes y los juegos. Es por eso que resulta de gran relevancia dar a conocer y visibilizar la faceta desadaptativa del perfeccionismo, para proteger a las infancias de un factor de riesgo que, en muchas oportunidades, pasa desapercibido.

En este sentido, y teniendo en cuenta el posible carácter transdiagnóstico del perfeccionismo, se recomienda a los clínicos incorporar su evaluación y detección en los procesos diagnósticos y/o de admisión. Actualmente, en Latinoamérica, existe una escala para evaluar el perfeccionismo autorientado (Oros, 2003) que ha mostrado excelentes propiedades psicométricas en Argentina (Oros, et al., 2016), Perú (Ventura León et al., 2018) y Venezuela (Aguilar Durán, et al., 2016).

En cuanto a la evaluación de las dimensiones socialmente prescrita y orientada a otros, se puede hallar un instrumento con muy buen funcionamiento psicométrico que ha sido elaborado para población infantil Argentina (Oros et al., 2019). Ambos instrumentos son de muy sencilla administración y pueden ser incorporados con facilidad en la práctica clínica de los psicoterapeutas infantiles.

Respecto del tratamiento de esta problemática en población infantil, diversos autores recomiendan el uso de la psicoterapia cognitiva e incitan a los clínicos a detectar la presencia del perfeccionismo y a abordarlo al inicio del proceso terapéutico (Egan et al., 2014; Oros, 2005). Por otra parte, las evidencias sugieren que, en caso de no ser abordado de forma directa, el perfeccionismo puede reducir el efecto del tratamiento de los trastornos asociados (Dry et al., 2015), contrariamente, cuando se lo incluye en el plan de tratamiento, se logran efectos positivos que coadyuvan en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, tanto para los adultos como para los niños (Affrunti, et al., 2014).

En su libro, Vicent Juan et al. (2019) proponen algunas ideas y técnicas útiles para abordar esta problemática. Por ejemplo, sugieren el uso de diarios de pensamiento, experimentos conductuales, biblioterapia, juegos de rol, reatribuciones, entre otras técnicas. Recientemente, y en el ámbito latinoamericano, Aguilar Durán y Depablo Marrero (2020) pusieron a prueba una intervención breve, basada en biblioterapia, que mostró resultados auspiciosos en la disminución de los pensamientos perfeccionistas de niños y niñas.

También merece ser señalada la propuesta de Keegan et al. (2017) quienes elaboraron un material de autoayuda para perfeccionistas; aunque la población a la que se destina es de universitarios, este material aporta un conjunto muy interesante de estrategias clínicas para considerar al momento de trabajar con el perfeccionismo desadaptativo.

En consonancia con lo hasta aquí propuesto, se recomienda a los clínicos que, una vez detectada la presencia de esta problemática en los niños y niñas que asisten a consulta psicoterapéutica, la puedan abordar desde una perspectiva cognitivo-conductual. Los principales objetivos del tratamiento del perfeccionismo desadaptativo durante la niñez serían: (a) psicoeducación para los menores y para los padres, brindando información específica acerca de las cogniciones, conductas y emociones asociadas al perfeccionismo; (b) reestructuración cognitiva, enfocando en las principales distorsiones (atención selectiva, pensamiento dicotómico, catastrofización, etc.) y creencias asociadas; (c) trabajo en pos del establecimiento de metas y estándares más saludables; (d) abordaje del autoconcepto y la autoestima contingente a los logros y/o fracasos; (e) intervención sobre las conductas asociadas al perfeccionismo, como la tendencia a la comprobación; y (f) disminución de la autocrítica y de las reacciones desadaptativas ante el fracaso. Además, teniendo en cuenta las diversas áreas en las que impacta el perfeccionismo, que fueron expuestas más arriba, el tratamiento del perfeccionismo desadaptativo en los niños debería incluir entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, técnicas para promover estilos de afrontamiento y regulación emocional más saludables.

Finalmente, y teniendo en cuenta la escasa bibliografía científica regional acerca del perfeccionismo en la clínica infanto-juvenil, se sugiere a los psicoterapeutas la sistematización y difusión de la información a fin de colaborar en la comprensión de la expresión clínica de esta problemática y en el avance de su tratamiento.

REFERENCIAS

- Affrunti, N. W. & Woodruff-Borden, J. (2014). Perfectionism in Pediatric Anxiety and Depressive Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 299-317. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0164-4>
- Affrunti, N. W. & Woodruff-Borden, J. (2017). The roles of anxious rearing, negative affect, and effortful control in a model of risk for child perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2547-2555. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0767-8>
- Aguilar Durán, L. A. & Castellanos López, M. Y. (2016). Validación de contenido de una versión culturalmente adaptada al contexto venezolano de la Escala de Perfeccionismo Infantil de Oros. *Pensando Psicología*, 12(20), 29-41. <https://doi.org/10.16925/pe.v12i20.1561>
- Aguilar Durán, L. A. & Depablo Marrero, I. D. (2020). Influencia de la biblioterapia sobre el perfeccionismo infantil. *Revista de Psicología*, 16(32), 24-45. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/10980/1/influencia-biblioterapia-infantil.pdf>
- Ashby, J. S. & Kottman, T. (1996). Inferiority as a Distinction Between Normal and Neurotic Perfectionism. *Individual Psychology*, 52(3), 237-245.
- Babatunde, G. B., van Rensburg, A. J., Bhana, A. & Petersen, I. (2019). Barriers and Facilitators to Child and Adolescent Mental Health Services in Low-and-Middle-Income Countries: a Scoping Review. *Global Social Welfare*, 1-18.
- Bergman, A. J., Nyland, J. E. & Burns, L. R. (2007). Correlates with perfectionism and the utility of a dual process model. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.007>
- Bong, M., Hwang, A., Noh, A. & Kim, S. (2014). Perfectionism and Motivation of Adolescents in Academic Contexts. *Journal of Educational Psychology*, 106(3), 711-729. <https://doi.org/10.1037/a0035836>
- Chemisquy, S. & Oros, L.B. (2020) El perfeccionismo desadaptativo como predictor de la soledad y del escaso apoyo social percibido en niños y niñas. *Revista Colombiana de Psicología*.

- Chen, C., Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (2019). Adverse childhood experiences and multidimensional perfectionism in young adults. *Personality and Individual Differences, 146*, 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.03.042>
- Chen, C., Hewitt, P. L., Flett, G. L., Cassels, T. G., Birch, S. & Blasberg, J. S. (2012). Insecure attachment, perfectionistic self-presentation, and social disconnection in adolescents. *Personality and Individual Differences, 52* (8), 936–941. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.02.009>
- Clark, S. & Coker, S. (2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Personality and Individual Differences, 47*(4), 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.03.020>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p079>
- Cook, L. C. & Kearney, C. A. (2014). Parent perfectionism and psychopathology symptoms and child perfectionism. *Personality and Individual Differences, 70*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.020>
- Craddock, A. E., Church, W. & Sands, A. (2009). Family of origin characteristics as predictors of perfectionism. *Australian Journal of Psychology, 61*(3), 136-144. <https://doi.org/10.1080/00049530802239326>
- Dagleish, T., Black, M., Johnston, D. & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology, 88*(3), 179.
- Davis, M. C. & Wosinski, N. L. (2012). Cognitive errors as predictors of adaptive and maladaptive perfectionism in children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 30*(2), 105-117. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0129-1>
- Dry S. M., Kane, R. T. & Rooney, R. M. (2015). An investigation into the role of coping in preventing depression associated with perfectionism in preadolescent children. *Frontiers in Public Health, 3*, 190. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00190>
- Egan, S. J., Wade, T. D. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review, 31*(2), 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. & Antony, M. M. (2014). *Cognitive-behavioural treatment of perfectionism*. Gilford Press.

- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2013). Disguised distress in children and adolescents “flying under the radar” why psychological problems are underestimated and how schools must respond. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 12-27.
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Vicent, M., González, C., Gómez-Núñez, M. I. & Poveda-Serra, P. (2016). Perfeccionismo durante la infancia y la adolescencia. Análisis bibliométrico y temático (2004-2014). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 79-88.
- González, C., Vicent, M., Inglés, C. J., Lagos San Martín, N., García-Fernández, J. M. & Martínez-Monteagudo, M. C. (2015). Diferencias en perfeccionismo socialmente prescrito en función del rechazo escolar.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: a relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Publications.
- Keegan, E., Arana, F., De Rosa, L., Galaguerri, M., Lago, A., Miracco, M. & Partarrieu, A. (2017). *Guía para perfeccionistas en problemas. Una intervención cognitivo conductual breve*. Eudeba.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525.
- Nounopoulos, A., Ashby, J. S., & Gilman, R. (2006). Coping resources, perfectionism, and academic performance among adolescents. *Psychology in the Schools*, 43(5), 613-622. <https://doi.org/10.1002/pits.20167>
- Oros, L. B. (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, 99-112.
- Oros, L. B. (2004). Incidencia de las prácticas parentales sobre las creencias y los modos de afrontamiento del niño. (Tesis doctoral), Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina
- Oros, L. B. (2005) Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de psicología*, 21(2), 294-303.

- Oros, L. B., & Vargas-Rubilar, J. (2016). Perfeccionismo infantil: normalización de una escala argentina para su evaluación. *Acción Psicológica*, 13(2), 117-126.
- Oros, L. B., Iuorno, O., & Serppe, M. (2017). Child Perfectionism and its relationship with Personality, Excessive Parental Demands, Depressive Symptoms and Experience of Positive Emotions. *Spanish Journal of Psychology*, 20(9), 1-13. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.9>
- Oros, L. B., Serppe, M., Chemisquy, S. & Ventura-León, J. (2019). Construcción de una escala para evaluar el perfeccionismo infantil desadaptativo en su dimensión social. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28, 385-398. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1108>
- Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Kaldas, J., Flett, G. L., Caelian, C. M., Sherry, S. & Sherry, D. L. (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. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x>
- Scappatura, M. L., Arana, F., Elizathe, L. y Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 28, 81-88.
- Ventura León, J. L., Jara Avalos, S., García, C. y Ortiz Saenz, C. (2018). Validación de una escala de perfeccionismo en niños peruanos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 15-32. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.30385>
- Vicent Juan, M., Inglés Saura, C. J. y García Fernández, J. M. (2019). *El niño perfeccionista. Más allá de la excelencia: estrategias para su evaluación y tratamiento*. Pirámide.