

PERFECCIONISMO Y AUTOCRÍTICA: CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Lorena De Rosa,
Ariel Dalla Valle,
Guillermina Rutzstein
y Eduardo Keegan*

Resumen

El objetivo de este artículo de revisión es presentar el constructo autocrítica y su relación con el constructo perfeccionismo desadaptativo. Se expone brevemente la relevancia de dichos constructos en la bibliografía científica y los resultados que arrojan las distintas investigaciones sobre estos temas. Esta revisión pone un énfasis especial en la dimensión desadaptativa de la autocrítica y su relación con el perfeccionismo desadaptativo. Se expone un caso clínico y estrategias terapéuticas para modificar creencias perfeccionistas.

Palabras clave: autocrítica, estilo cognitivo, discrepancia, perfeccionismo desadaptativo.

Key words: self criticism, cognitive style, discrepancy, maladaptive perfectionism.

Existen razones tanto teóricas como empíricas para reflexionar sobre el impacto de diferentes variables individuales como el perfeccionismo y la autocrítica. En distintos estudios el perfeccionismo ha sido asociado a trastornos alimentarios (Shafran y Mansell, 2001; Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, Uppala y Simonich, 2007), depresión, ansiedad y estrés (Bieling, Israelí y Antony, 2004). En cuanto a la autocrítica, la investigación ha determinado que se encuentra asociada a depresión (Clara, Cox y Enns, 2003; Amitay, Mongrain y Faza, 1999; Vaglum y Falkum, 1999), fobia social (Cox, Rector, Bagby, Swinson, Levitt y Joffe, 2000) y suicidabilidad (O'Connor y Noyce, 2008). En el presente artículo se propone desarrollar la relación entre estos conceptos íntimamente entrelazados.

El perfeccionismo

El perfeccionismo ha sido definido como la tendencia a establecer altos estándares de desempeño

en combinación con una evaluación excesivamente crítica de los mismos y una creciente preocupación por cometer errores (Frost, Marten, Lahart, y Rosenblate, 1990).

A partir del trabajo teórico de Hamachek (1978) comenzaron a diferenciarse dos tipos de perfeccionismo, una manifestación positiva denominada "perfeccionismo normal" y una negativa denominada "perfeccionismo neurótico". De las distintas denominaciones que han recibido estas dos manifestaciones, utilizaremos las empleadas por Rice, Ashby y Slaney (2002). Según estos autores, los perfeccionistas adaptativos presentan altos estándares de desempeño y baja discrepancia, mientras que los perfeccionistas desadaptativos presentan altos estándares de desempeño y alta discrepancia, siendo definido el concepto de discrepancia como "la percepción de que constantemente uno no logra cumplir con los altos estándares que se ha establecido para sí mismo". En un estudio realizado por nuestro equipo de investigación en el marco del Proyecto UBACyT dirigido por el Prof. Dr. Eduardo Keegan¹, se ha observado que en muestras locales con estudiantes universitarios existen asociaciones estadísticamente significativas entre los distintos

* Lorena De Rosa, Ariel Dalla Valle, Guillermina Rutzstein y Eduardo Keegan, (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires)
E-Mail: lorederosa@yahoo.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 209-215
© 2012 Fundación AIGLE.

(1) UBACyT P031. Un Estudio sobre Perfeccionismo en Estudiantes Universitarios Argentinos y su Relación con Malestar Psicológico, Percepción de Calidad de Vida y Rendimiento Académico. (Programación 2008/2010).

perfiles de perfeccionismo y niveles de calidad de vida percibida (Dalla Valle, Arana, Partarrieu, Ruperez, Rutzstein y Keegan, 2009; Arana, Elizathe, Miracco, Scappatura, Lago, Dalla Valle, Moraes Fernández, Partarrieu, Traiber, Nussold, Ruperez, De Rosa, Rutzstein y Keegan, 2010).

La autocrítica

La autocrítica es concebida como un estilo cognitivo de personalidad mediante el cual el individuo se evalúa y se juzga a sí mismo. Se la considera actualmente de manera multidimensional (Dunkley, Blankstein, Zuroff, Lecce y Hui, 2006) presentando un aspecto disfuncional o desadaptativo y por otra parte un aspecto más adaptativo. En su aspecto funcional debería tener un rol importante: evaluar críticamente el propio comportamiento detectando conductas adecuadas e inadecuadas.

Las conductas adaptativas incrementarían la percepción de autoeficacia del individuo. Esta percepción permite la construcción de una identidad por la cual la persona se siente capaz de lidiar con las contingencias negativas de la vida. Una crítica justa identificaría las conductas inadecuadas con el fin de corregirlas, permitiendo de este modo poder desempeñarse en el futuro con mayor eficacia. En este sentido, la psicoterapia es un ámbito en donde estas acciones se privilegian, ya que aumenta la capacidad de percepción y reflexión hacia sí mismo, detecta las conductas funcionales reforzándolas y se focaliza en las conductas disfuncionales, intentando modificarlas para aumentar el control y la adaptación al entorno.

Hasta aquí hemos descripto el proceso de autocrítica funcional. Sin embargo, hay individuos que al evaluar sus conductas presentan algunos sesgos perceptivos. Algunos ejemplos serían: percibir sólo las conductas inadecuadas, percibir las conductas adecuadas pero no reconocerlas como resultado de su accionar, es decir atribuir las consecuencias a factores externos como, por ejemplo, el azar. Otra estrategia disfuncional típica es menospreciar los resultados positivos de su accionar porque sienten que es su "obligación" llevarlo a cabo, o una vez alcanzada la meta propuesta, experimentar un alto nivel de insatisfacción porque piensan que "en realidad" no era tan importante como originariamente creían.

Además de desvalorizar los logros, ante la presencia de algún error, (en vez de considerarlo como algo posible y esperable en el proceso de la tarea), lo perciben como la confirmación de un fracaso personal global. Es decir, las personas autocríticas tienden a evaluarse en forma global, rígida y sesgan su percepción hacia el error. La evaluación es global

porque basta que se equivoquen en algún aspecto de su desempeño para que lo experimenten como un fracaso que engloba a todo su ser. Es rígida porque la persona tiende a pensar sólo de esa forma, difícilmente piense de una manera alternativa y, si lo hace, ese pensamiento no perdura en el tiempo.

Tienen una tendencia a percibir rápidamente el error porque están hipervigilantes a cómo se desarrollan los procesos y ante la mínima detección de una equivocación, se dispara toda una serie de ideas negativas acerca de sí mismo.

Las personas autocríticas son inseguras de su capacidad para afrontar la vida y desarrollan toda una serie de inhibiciones que no les permiten incrementar su potencial. Es decir, el temor a equivocarse los conduce a dejar de involucrarse en las actividades que valoran, ya que si las llevan a cabo y cometen errores se sienten frustrados y se evalúan a sí mismos con gran dureza y reprobación.

Sin embargo, la evitación como estrategia es ineficaz, puesto que la inactividad empobrece paulatinamente sus vidas, garantizándose de esta manera, una fuente de insatisfacción futura reafirmando las creencias de inutilidad.

Las personas autocríticas se caracterizan por tener sentimientos de inferioridad, culpa y fracaso. Están permanentemente en conflicto consigo mismas. Esta percepción de sí mismo dispara toda una serie de emociones negativas que se manifiestan desde una baja calidad de vida hasta el aumento del riesgo de padecer trastornos mentales.

Thompson y Zuroff (2004) proponen que hay dos tipos de autocrítica. La primera es la autocrítica comparada. En este nivel, el individuo se evalúa y se define negativamente a sí mismo, en comparación con los demás. Los otros con los cuales se comparan son percibidos superiores, en consecuencia el individuo experimenta malestar.

Esta evaluación por la cual el individuo se desprecia a sí mismo genera comportamientos disfuncionales, especialmente en el ámbito interpersonal como son el aislamiento y la hostilidad. Es decir, evitan el contacto con los demás para no sentirse inferiores o manifiestan hostilidad ante la percepción de que los demás son superiores.

El segundo tipo es la autocrítica internalizada. Esta se define como una visión negativa de sí mismo, en comparación con los estándares personales internos. Aquí el énfasis no está puesto en la comparación con los demás o en las opiniones que otros tienen acerca de uno mismo, sino en la propia visión de sí mismo como deficiente. Esta percepción autocrítica va más allá de la concreción de los objetivos propuestos. Es más, en general ante una respuesta exitosa los autocríticos niegan el resultado obteni-

do y se imponen objetivos más elevados. Es decir, cuando los objetivos personales se cumplen, la persona con autocrítica interiorizada no los reconoce como un logro, por lo tanto no se premia o no los atribuye al propio esfuerzo.

Es interesante discriminar los conceptos de perfeccionismo y de autocrítica, íntimamente entrelazados. El perfeccionismo implica la aspiración a ser perfecto, las expectativas de logro son altas. A diferencia del perfeccionismo, la autocrítica no demanda la búsqueda de la perfección necesariamente. Es una tendencia a evaluarse negativamente más allá de la concreción o no del objetivo propuesto.

Asimismo, la autocrítica se vincula con el perfeccionismo, ya que la persona autocrítica al no reconocer su logro, aumenta los estándares con la ilusión de que al lograrlos experimente satisfacción, manteniéndose de este modo el circuito autodesvalorizador. Es decir, la vinculación entre los dos constructos se manifiesta de dos maneras: por un lado, cuando los perfeccionistas no alcanzan sus altos estándares de desempeño aparece una autoevaluación punitiva. Por otro lado, las personas autocríticas al estar permanentemente insatisfechas consigo mismas se imponen objetivos mayores con la ilusión de que al alcanzarlos experimenten finalmente bienestar, incrementando, de esta manera, cada vez más sus estándares. Estos hechos llevan a Shafran, Cooper y Fairburn, (2002) a concluir que la autocrítica es el factor mantenedor central del perfeccionismo disfuncional.

¿Cuál sería la génesis de la autocrítica?

Existen estudios retrospectivos que dan cuenta de la primera infancia de los individuos autocríticos, quienes tienden a recordar patrones de crianza con características comunes, por ejemplo padres indiferentes (Blatt y Homann, 1992) demandantes de altos niveles de logro y rendimiento en sus hijos (McCranie y Bass, 1984). Otra característica típica en la crianza sería un tipo de relación distante, controladora y fría, en la que los niños serían evaluados duramente frente al error (Blatt y Homann, 1992).

Según estos autores estas experiencias tempranas se internalizarían como representaciones de relaciones típicas, modelando experiencias sociales futuras. La visión negativa de sí mismo asociada a la autocrítica es en parte el resultado del modo cómo los padres percibieron a sus hijos.

Asimismo, un estudio evidenció la relación entre la autocrítica con experiencias de rechazo parental (Koestner, Zuroff y Powers, 1991). Parecería que un vínculo especialmente riesgoso es el que se desarrolla entre la madre y las hijas mujeres. Así, Thompson y Zuroff (1998) concluyen que las madres auto-

críticas son críticas y controladoras particularmente en respuesta al bajo desempeño de sus hijas. Frente a ciertos equívocos de las hijas, las madres reaccionan hostilmente con críticas y órdenes explícitas.

Caso Clínico

Rocío es una mujer de 30 años. Trabaja en una empresa multinacional y desearía tener un puesto de mayor jerarquía ya que es una de las empleadas con más antigüedad en la empresa. La situación de no tener el ascenso deseado la preocupa notablemente: *“evidentemente soy una inútil, veo que mis compañeros ascendieron y yo no”*.

Proviene de una familia de clase media baja cuyos padres no han podido acceder a estudios universitarios pero han promovido los estudios de su hija.

La paciente presenta un buen rendimiento laboral que ha sido evaluado en más de una ocasión por sus directores, quienes destacan entre sus fortalezas el esfuerzo que realiza por hacer bien su trabajo a pesar de que han notado las dificultades que presenta cuando tiene que escribir comunicados urgentes, mostrándose ansiosa e indecisa. Cuando se le pregunta a la paciente sobre estas dificultades, comenta: *“lo único que se me ocurre es que soy una imbécil...no sirvo para nada, para qué estudié esta carrera, soy un desastre”, “me pongo nerviosa, el corazón se me agita, me cuesta respirar y se me hace una contractura en el cuello terrible, sobre todo los domingos cuando pienso que al día siguiente tengo que volver a trabajar...además, en la semana a veces me cuesta dormir, me despierto a las 4 de la madrugada y no me puedo dormir, estoy agotada”*.

Este tipo de episodios donde se bloquea se produce frente a sus compañeros, que en general tratan de calmarla ya que, a pesar del clima competitivo de la empresa, ella es una compañera apreciada. Este tipo de situaciones tienden a incrementar su sensación de vergüenza y humillación, porque cuando sus compañeros presencian sus dificultades, ella supone que la desprecian, *“en esta empresa gana el más fuerte, imagínate que vergüenza que yo me ponga así como me pongo...no lo puedo disimular. Todos deben pensar que soy una imbécil, y lo peor es que lo soy. Ni quiero volver a trabajar mañana, lo voy a hacer porque no me queda otra, pero la verdad me da vergüenza mirarlos a los ojos”*.

En general, luego de estos episodios, siempre regresa al trabajo pero tarda varios días en retomar la interacción normal con sus compañeros.

En relación con las actividades en las que se desempeña sin dificultades, tiende a no darles im-

portancia a pesar de haber sido reconocida por la empresa en una mención anual.

Desde niña, Rocío concurría a un colegio en el cual muchos de sus compañeros tenían una situación económica diferente a la suya. En varias oportunidades, su mamá no le permitía invitar amigos a su casa porque vivían en un departamento pequeño. En cuanto a sus estudios, la paciente recuerda que su madre siempre los incentivó, incluso le ha dicho en más de una ocasión *“si no estudias no vas a ser nadie”*. Rocío comenta: *“la verdad es que desde que soy chica me siento menos, yo era buena alumna pero siempre me sentí en desventaja en comparación con mis compañeros, con mis amigas...cuando se lo decía a mi mamá, ella bajaba la cabeza como resignada”*.

A pesar de su sensación de desvalorización y vergüenza frente a sus dificultades en el trabajo, ella desea un ascenso en su puesto: *“sería lo que más quiero para no sentirme tan fracasada”*.

La empresa en la que trabaja es una de las más reconocidas en el mercado. Permanece allí por el renombre que tiene, pero no por el sueldo que percibe. De hecho, tuvo ofrecimientos de empresas menos prestigiosas y los rechazó diciendo: *“para mí es importante trabajar en un lugar que sea de punta”*.

Conceptualización del caso

1-Paciente: Rocío es una mujer de 30 años, clase media, profesional, casada.

2-Diagnóstico: Presenta trastorno de ansiedad generalizada.

3-Puntajes objetivos: se administró a la paciente la APS-R (Arana, Keegan y Rutzstein, 2009) La paciente presenta perfeccionismo desadaptativo.

4-Problemas actuales: Comenzó el tratamiento porque experimenta en forma persistente sentimientos de inutilidad que la preocupan especialmente en el área laboral. Permanentemente se siente ansiosa, tiene diferentes síntomas: disforia, contracturas, dolor de cabeza, insomnio, palpitaciones y mente en blanco.

5-Perfil de desarrollo: Rocío siempre fue muy buena alumna, era una exigencia de su madre. La madre proviene de una familia de profesionales pero ella no ha podido continuar sus estudios universitarios. De clase media baja, recuerda haber sentido vergüenza en el colegio cuando tenía que relacionarse con sus compañeros de diferente poder adquisitivo. La madre reforzaba esta percepción de inferioridad.

6-Perfil cognitivo:

Pensamientos automáticos: *“evidentemente soy una inútil”, “me siento una imbécil”*.

Creencias intermedias: *“para no sentirme tan fracasada tendría que ascender en el trabajo”, “si no hago todo el trabajo bien, soy una inútil”*.

Creencias centrales: *“Soy incapaz, incompetente”*.

7-Integración y conceptualización de los perfiles cognitivo y de desarrollo.

A-Formulación de conceptos relativos a uno mismo y a los otros.

Rocío minimiza la importancia de las tareas en las cuales se desarrolla muy bien y maximiza sus dificultades en el trabajo. Esto sucede a pesar de tener reconocimientos externos como: buen desempeño académico y felicitaciones en el trabajo.

Por otro lado sobrestima el desempeño de los demás, los percibe sin ningún tipo de dificultades.

B- Interacción entre los hechos de la vida y puntos vulnerables en lo cognitivo.

Rocío siempre tuvo la tendencia de autoevaluarse focalizándose en sus debilidades. Infravalora los logros y sus fortalezas.

La madre, probablemente insatisfecha consigo misma por no haber llegado a estándares familiares, ha exigido que Rocío obtenga un alto desempeño.

Por otro lado ha reforzado esta tendencia de “avergonzarse” frente a diferencias en comparación con sus pares.

C- Estrategias compensatorias y de apoyo.

A pesar de su bajo nivel de valoración personal, la paciente tiene altas expectativas de logro.

Trabaja muchas horas, es habitual que se quede después del trabajo y durante el fin de semana.

Pone énfasis en hacer “todo perfecto”. En general su detallismo en la tarea requiere más tiempo, situación que aumenta su nivel de malestar.

Evita pedir ayuda.

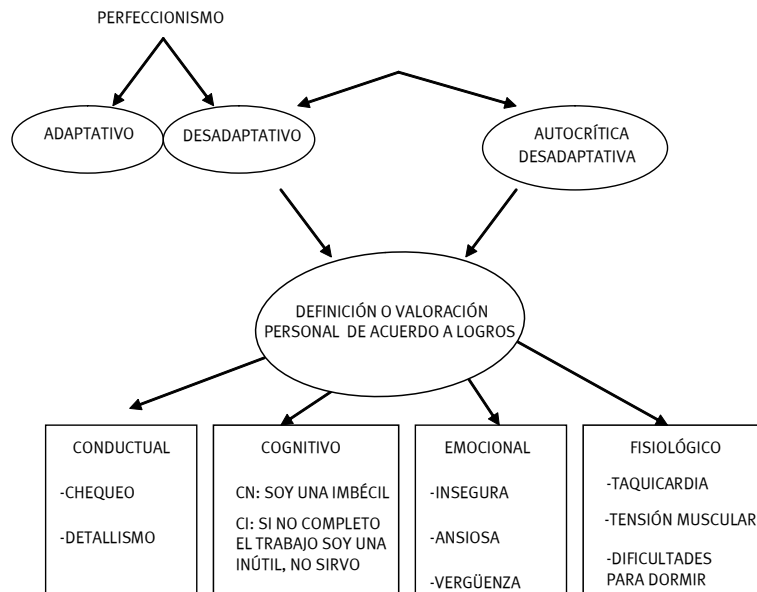
D- Tipo de vulnerabilidad: presenta vulnerabilidad autónoma.

Conclusiones del caso

Paciente ansiosa, con altos estándares de desempeño y muy alta discrepancia, es decir presenta criterios de perfeccionismo desadaptativo.

Tiende a estar permanentemente disconforme con su rendimiento, ya que maximiza sus errores y minimiza sus logros. Se evalúa con demasiada dureza y tiene pensamientos de inutilidad. Le atribuye al área laboral una gran importancia. Tiene poca vida social y no tiene actividades de recreación.

Figura 1. Modelo de perfeccionismo y autocrítica



Tratamiento

Tomando en cuenta los principios de la terapia cognitiva estándar que han sido aplicados al perfeccionismo por Anthony y Swinson (1998) vincularemos el material clínico con las intervenciones del tratamiento. De acuerdo al modelo cognitivo, más que responder a sus dificultades laborales y sociales, Rocío responde ante sus interpretaciones de aquello que está ocurriendo en estas áreas. Esto es, sus estados emocionales y sus conductas no son producto de la posibilidad de cometer errores, sino de sus creencias acerca del significado de cometerlos, por ejemplo, cree que es una inútil cuando no puede terminar un trabajo y cree que sus compañeros piensan que ella es una inútil por manifestar su malestar anímico. Las intervenciones presentadas más abajo tendrán como objetivo identificar las creencias poco realistas o disfuncionales y trabajar de manera conjunta para modificarlas.

Pasos para modificar los pensamientos perfeccionistas

1) Identificar los pensamientos perfeccionistas

Para este fin se sugiere a la paciente prestar especial atención a dos situaciones específicas. Por un lado, tomar conciencia cuando siente que ella no está a la altura de sus propias expectativas. Por ejemplo: qué piensa sobre sí misma ante el malestar que le produce no realizar determinado trabajo.

Por otro lado, tomar conciencia cuando ella misma se compromete en llevar a cabo conductas

perfeccionistas, por ejemplo, leer una y otra vez los informes que debe presentar. Ante conductas perfeccionistas, puede ser útil en su caso hacerse las siguientes preguntas ¿Estoy pensando como una persona perfeccionista? ¿Qué me diría alguien en quien yo confío si le hiciera esta pregunta?

2) Enumerar posibles pensamientos alternativos

En este paso de tratamiento se ayudará a la paciente a considerar creencias o pensamientos alternativos posibles ante las creencias perfeccionistas identificadas en el paso anterior. Entre las preguntas que permiten una toma de perspectiva distinta a su pensamiento perfeccionista se encuentran las siguientes: ¿Cómo podría otra persona considerar esta situación? Si le preguntara a mi esposo, mi amigo, mi jefe, mi hija o a mi padre sobre esta situación ¿cómo la verían o qué pensarían?

3) Considerar las ventajas y desventajas de las creencias perfeccionistas identificadas y de los pensamientos alternativos

En este paso el objetivo es que Rocío considere las ventajas y desventajas de mantener sus pensamientos perfeccionistas identificados en contraposición a las ventajas y desventajas de adoptar los pensamientos alternativos considerados en el paso anterior.

Tomando en cuenta su creencia perfeccionista “Debo hacer todo a la perfección” podría pregun-

tarse a sí misma ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de esta creencia?

¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de su pensamiento alternativo: “No se puede ser perfecto en nada”?

¿Cuál es el efecto de mantener la creencia “Debo hacer todo a la perfección”?

¿Cuál es el efecto de modificar esta creencia?

4) Elegir una manera más realista o útil de considerar la situación

Como consecuencia del paso 3 Rocío puede adoptar una perspectiva más funcional en torno a sus errores, minimizando las consecuencias negativas de creer en el pensamiento perfeccionista. Cambiar este pensamiento conducirá a la reducción de sus niveles de ansiedad, angustia y aislamiento de su entorno.

Discusión

El presente artículo pretende relacionar y discriminar los conceptos de perfeccionismo y de autocrítica. Ambos constructos tienen una reconocida incidencia en diversos trastornos mentales.

El perfeccionismo implica la aspiración a ser perfecto, las expectativas de logro son altas. A diferencia de esta tendencia, la autocrítica implica un estilo cognitivo de autoevaluación negativa más allá de la concreción o no del objetivo propuesto.

Asimismo, la autocrítica se vincula con el perfeccionismo porque, frente a la falta de reconocimiento de los logros, se aumentan los estándares con la ilusión de que al lograrlos se experimente satisfacción, manteniéndose el circuito autodesvalorizador. Es por eso que se considera a la autocrítica como el factor mantenedor central del perfeccionismo disfuncional.

Las intervenciones presentadas apuntan a flexibilizar los pensamientos perfeccionistas. Ante todo, debemos ayudar a identificar las tendencias perfeccionistas y autocríticas como problemas. Es más, la idea central es que estos pacientes abandonen su tendencia a valorarse a sí mismos exclusivamente por sus desempeños y por la obtención de logros. Es decir, que su autoevaluación no dependa únicamente del logro de sus metas.

El terapeuta tiene que colaborar en ampliar los ámbitos que contribuyen a la autodefinición. Recordemos que en general estos pacientes están circunscritos a un dominio específico que regula toda su autoevaluación.

Finalmente, cabe destacar que, si bien, para los autores citados en el apartado sobre el tratamiento, el énfasis está puesto en la modificación de las creencias perfeccionistas, es prioritario y fundamental flexibilizar la tendencia a la autocrítica disfuncional ya que no sólo influye negativamente en la autoevaluación del individuo, con las consecuencias que esto conlleva, sino que mantiene la tendencia perfeccionista. Como afirman Dunkle, Zuroff y Blankstein (2006) “La autocrítica parece ser un candidato prometedor para capturar el componente patológico más importante del perfeccionismo”

A pesar de la prevalencia de trastornos mentales asociados a la autocrítica y al perfeccionismo, la mayoría de los estudios se han llevado a cabo mayoritariamente fuera de nuestro país, con poblaciones culturalmente diversas. Dada la relevancia de las variables culturales en este tipo de problemática, resulta importante conocer las principales características de estos constructos en nuestra población, con el fin de adaptar los recursos y tratamientos disponibles a las necesidades específicas de la misma.

Conclusiones

En este artículo de revisión se presenta el constructo autocrítica y su vinculación con el constructo perfeccionismo desadaptativo. Se destaca como este estilo cognitivo de personalidad desempeña un papel central en el mantenimiento del perfeccionismo disfuncional. Se intenta mostrar la relevancia clínica de dicha relación exponiendo un caso clínico. Asimismo, se plantean estrategias terapéuticas para modificar creencias perfeccionistas. *Resulta de interés para futuros trabajos profundizar el conocimiento acerca de la asociación entre el perfeccionismo y la autocrítica en nuestro contexto cultural.*

BIBLIOGRAFÍA

- Amitay, O., Mongrain, M. y Faza, N. (1999). Love and control: Self-criticism in parents and daughters and perceptions of relationship partners. *Personality and Individual Differences*. 44, 75-85.
- Antony, M. M., y Swinson, R. P. (1998). “*When perfect isn't good enough: strategies for coping with perfectionism*”. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Arana, F.G., Keegan, E.G. y Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en

- una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar*, 9, 35 – 53.
- Arana, F., Elizathe, L., Miracco, M., Scappatura, M. L., Lago, A., Dalla Valle, A., Moraes Fernández, V., Partarrieu, A., Traiber, L., Nussold, P., Ruperez, A., De Rosa, L., Rutzstein G. y Keegan, E. (2010). "Perfectionism and perception of quality of life in undergraduate students of Psychology, Medicine and Engineering of the city of Buenos Aires". World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, organizado por la Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Boston, 2 al 5 de junio.
- Bardone-Cone, A., Wonderlich, S., Frost, R., Bulik, C., Mitchell, J., Uppala, S y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: *Current status and future directions*. *Clinical Psychology Review*, 27, 384–405.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., y Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373–1385.
- Blatt, S. J. y Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-9 1.
- Clara, I. Cox, B., y Enns, M. (2003). Hierarchical models of personality and psychopathology: the case of self-criticism, neuroticism, and depression. *Personality and Individual Differences*, 35, 91–99.
- Cox, B., Rector, A., Bagby, M., Swinson, R., Levitt, A., y Joffe, R. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social Phobia. *Journal of Affective Disorders*, 57, 223–228.
- Dalla Valle, A., Arana, F., Partarrieu, A., Ruperez, A., Rutzstein, G. y Keegan, E. (2009). La relación entre las dimensiones del perfeccionismo y calidad de vida: un estudio en estudiantes universitarios argentinos. Actas del IV Congreso Marplatense de Psicología. http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong_marplatense/iv/ponencias.html
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Zuroff, D. C., Lecce, S., y Hui, D. (2006). Self-critical and personal standards factors of perfectionism located within the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 40, 409-420.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. y Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665–676.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Koestner, R., Zuroff, D. C. y Powers, T. A. (1991). The family origins of self-criticism and its continuity into adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 191-197.
- McCranie, C. W. y Bass, J. D. (1984). Childhood family antecedents of dependency and self-criticism: Implications for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 3-8.
- O'Connor, R, Noyce, R (2008) Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 392–401.
- Rice, K. G., Ashby, J. S. y Slaney, R. B., (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism: The almost perfect scales. En G. L. Flett y R. Hewitt (Eds.), *Perfectionism* (p.p. 63–88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shafran, R. y Mansell, W. (2001). Perfectionism and Psychopathology: A Review of Research and Treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Shafran, R., Cooper, Z., y Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Thompson, R. y Zuroff, D. (1998) Dependent and Self-critical mother's responses to adolescent autonomy and competence. *Personality and Individual Differences*, 24, 3, 311 -324.
- Thompson, R. y Zuroff, D. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36, 419–430.
- Vaglum, P. y Falkum, E. (1999). Self-criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *Journal of Affective Disorders*. 52, 153–159.

Recibido: 6-9-11
Aceptado: 24-4-12

Abstract: The aim of this paper is to present the psychological construct self-criticism and its relationship with the construct of maladaptive perfectionism. It reviews the relevance of both self-criticism and maladaptive perfectionism in the literature and the results of current research on these topics. We put a special emphasis on the maladaptive dimension of self-criticism and its relationship with maladaptive perfectionism. We present a case report to illustrate the therapeutic strategies applied to modify perfectionistic beliefs.