



# UADY

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN**

Facultad de Psicología

**EFFECTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO  
CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON  
ANSIEDAD Y PERFECCIONISMO**

PRESENTADA POR

**ULISES HERNÁN VÁRGUEZ PERAZA**

EN OPCIÓN AL GRADO DE

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA CLÍNICA INFANTIL.**

DIRECTOR(A) DE TESIS

**NOMBRE: MMPI. ANA CECILIA CETINA SOSA**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2018

Declaro que esta Tesis es mi propio trabajo a excepción de las citas en las que se ha dado crédito a los autores. Así mismo, que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de algún otro grado profesional o equivalente.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 604731 durante el periodo de agosto 2016 – Julio 2018 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con la tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

## **Agradecimientos**

**A Dios**, por llenarme de bendiciones y permitirme alcanzar mis objetivos planteados.

**A mi madre**, por siempre estar a mi lado, apoyándome y motivándome para cumplir cada una de mis metas planteadas, invirtiendo su tiempo y amor incondicional para impulsar mi crecimiento personal y profesional.

**A mi padre**, por esforzarse cada día por darnos una vida mejor, por las largas jornadas laborales invertidas para que yo pudiera tener una educación.

**A mi hermano Gerardo**, por ser mi compañero de siempre, en las buenas y en las malas.

**A la Mtra. Ana Cecilia Cetina Sosa**, por su paciencia, tiempo, consejos y dedicación brindada a lo largo de mi formación profesional.

**A la Dra. Sally Vanega Romero**, por ser una de las profesoras que me inspiró a continuar mi formación profesional con el estudio de la maestría.

**A mis pacientes y sus padres**, por darme la oportunidad de conocerlos y permitirme aprender con ellos y para ellos.

**ÍNDICE**

Resumen.....	6
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Introducción.....	7
1.2 Planteamiento del problema.....	9
1.3 Justificación.....	12
<b>CAPÍTULO II: ANTECEDENTES TEÓRICOS</b>	
2.1 Ansiedad.....	14
2.2 Perfeccionismo.....	18
2.3 Terapia Cognitivo Conductual.....	29
2.4 Adolescencia.....	31
2.5 Practicas de Crianza Parental.....	34
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo de Estudio.....	40
3.2 Confiabilidad y Validez.....	41
3.3 Motivo de consulta.....	43
3.4 Datos Generales de La Paciente.....	44
3.5 Descripción de La Paciente.....	45
3.6 Diagnóstico.....	45
3.7 Técnicas Psicoterapéuticas.....	47
3.8 Diseño Terapéutico.....	48
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
4.1 Descripción del paciente.....	49
4.2 Motivo de consulta.....	49
4.3 Sesiones.....	51
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES</b>	
5.1 Discusión.....	92
5.2 Conclusiones y sugerencias.....	94
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>95</b>
<b>Apéndices.....</b>	<b>102</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>24</b>

## Resumen

El presente trabajo se aborda desde la teoría cognitivo-conductual y contiene el análisis de caso de una adolescente de 17 años de edad con conductas perfeccionistas, lo cual se encontraba vinculado con los altos niveles de ansiedad que presentaba al no poder realizar alguna tarea como ella lo esperaba, además de presentar conductas antisociales como quedarse en casa o permanecer periodos largos de tiempo en su recámara para no enfrentarse al posible fracaso. La paciente asistió a terapia durante seis meses, iniciando en el mes de marzo de 2018, dando por finalizadas las sesiones en agosto del año mencionado previamente. En ese periodo, la paciente acudió con regularidad de una vez por semana. Se trabajó sobre las ideas, pensamientos y sentimientos que tenía acerca de su propio desempeño, el cual era percibido en todos los casos como negativo. A partir de esta investigación se lograron identificar pensamientos irracionales y estructuras mentales rígidas que contribuyeron al debate y reestructuración, de ideas irracionales con respecto a las propias autoexigencias de la paciente. A lo largo del proceso de intervención se pudo obtener información mediante observaciones, comentarios y registros de la paciente y sus padres, así como de la aplicación de un inventario y autorregistros, con lo cual se pudo constatar una disminución de los niveles de ansiedad, influyendo de esta forma en la reducción de conductas perfeccionistas como lo son las rumiaciones y autoexigencias dirigidas hacia ella misma y hacia los demás.

**Palabras clave:** Perfeccionismo – Ansiedad - Cognitivo-Conductual - Adolescencia

## Capítulo I

### 1.1 Introducción

La ansiedad es una señal de alarma o peligro, puede ser considerada normal cuando nos prepara para un mejor rendimiento frente a una situación inesperada, novedosa o amenazante. Pero se convierte en un trastorno cuando es de medida y en lugar de facilitar el rendimiento de las personas les ocasiona problemas adicionales o interfiere con su desempeño. Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia afectan el entorno de la persona que lo padece y hoy en día en uno de los padecimientos con mayor incidencia (Echeburúa y Corral, 2009).

Como Ortuño (2010), menciona, la ansiedad en conjunto con sus trastornos representa la patología psiquiátrica con mayor frecuencia. Considerando factores como el estado y calidad de vida en América Latina, más las inestabilidades políticas y económicas se estima que somos de las mejores regiones para el desarrollo de problemas de salud mental (Bares, Andrade, Delva, y Grogan-Kaylor, 2011). Investigación reciente nos dice que alrededor de 6 millones han sufrido de trastornos de ansiedad y que la prevalencia de trastornos mentales en adultos se encuentra alrededor del 17% al 25% en una población general (Bares et al., 2011).

Alrededor del mundo se ha enfatizado el estudio de temas relacionados con salud mental. De dichos estudios se ha podido obtener un escaneo de la mayoría de patologías descritas.

Países potencias con los recursos necesarios encabezan las listas en investigación y sus resultados han demostrado que existe una problemática en cuanto a niveles de ansiedad en poblaciones universitaria, un número menor ha concentrado sus esfuerzos en explicar su comorbidad con el perfeccionismo (Al- Naggar, Bobryshev, y Alabsi, 2013).

Se estima que, entre dos cuartos y dos Tercios de La población, independientemente de la edad, podrían presentar perfeccionismo, ya sea adaptativo o desadaptativo. La Investigación

sobre la etiología de este constructo ha proporcionado evidencias acerca de su multicausalidad, siendo diversos los factores que interactúan recíprocamente para aumentar la vulnerabilidad del individuo hacia el desarrollo del perfeccionismo (Kelly y Zuroff, 2013).

El perfeccionismo se define como la presencia de ciertas actitudes, creencias que se relacionan con la propensión a fijarse estándares altos de desempeño en combinación con una evaluación excesivamente crítica de dichos estándares, así como una creciente preocupación por cometer errores (Frost, 1990). El perfeccionismo se presenta por niveles y grados y varía en intensidad. No es algo que se tiene o no se tiene, sino es experimentado por todas las personas (Egan, Wade, Shafran y Antony, 2014).

Desde esta perspectiva el perfeccionismo, también se considera como un estado relevante. Debido a que, junto con él, se desarrollan varias otras patologías, como la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo y la ansiedad y una vez diferenciado se sabe que el perfeccionismo mal-adaptativo está relacionado con menores niveles de autoestima y mayores niveles de neuroticismo (Gnilka, Ashby y Noble, 2012).

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, Hewitt, Oliver y Macdonald, 2002). Así que como lo señala Oros (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.

El Perfeccionismo, sin embargo, es un rasgo patológico que puede aparecer con relativa frecuencia en la etapa adolescente, desde jóvenes se preocupan por lograr el éxito en sus tareas,



muchas veces motivados por los padres, además la sociedad actual es muy competitiva, por lo cual tienen que esforzarse no solo para aprobar sino para superar a su competidor. En la Adolescencia se experimentan muchos cambios que llegan a transformar la vida del adolescente que por naturaleza es una persona nerviosa, y no es para menos, con tantos cambios en su cuerpo, su entorno y las exigencias de la vida moderna (la competencia, el status social, la ambición, la frustración, la depresión, las creencias y el modo de ver las cosas) conllevan a producir perfeccionismo con el consecuente estrés, en el intento de recibir la aprobación de los padres y otras personas y así poder enfrentar sus temores (Huertas y Álvarez, 2009).

También, el perfeccionismo ha evidenciado en población infantojuvenil, que se asocia con problemas psicológicos y diversas patologías (Flett y Hewitt, 2012), como los trastornos de la conducta alimentaria (Pamies y Quiles, 2014), la ideación suicida (Freudenstein, Valevski, Zohar, 2012), la depresión (Erozkan, Karakas, Ata y Ayberk, 2011), la rumia psicológica (Flett, Coulter, Hewitt y Nepon, 2011), ansiedad (Uz-Bas, 2011) y diversos pensamientos irracionales o errores cognitivos (Davis y Wosinski, 2012). Además, el perfeccionismo ha demostrado ser un impedimento para el tratamiento de muchos de estos problemas (Halmi, 2013).

## **1.2 Planteamiento del problema**

Ortuño (2010), señala que la ansiedad en conjunto con sus trastornos representa la patología psiquiátrica con mayor frecuencia. Considerando factores como el estado y calidad de vida en América Latina, más las inestabilidades políticas y económicas se estima que somos de las mejores regiones para el desarrollo de problemas de salud mental (Bares, Andrade, Delva, & Grogan-Kaylor, 2011). Investigación reciente nos dice que alrededor de 6 millones han sufrido

de trastornos de ansiedad y que la prevalencia de trastornos mentales en adultos se encuentra alrededor del 17% al 25% en una población general (Bares et al., 2011).

Desde esa óptica teórica, todas las escuelas psicológicas han tenido, en mayor o menor escala, una preocupación por el estudio de la ansiedad, formulando en consecuencia, explicaciones psicoanalíticas o psicodinámicas, humanistas, existenciales, conductuales, psicométricas, cognitivo-conductuales, hasta las más actuales como las teorías del procesamiento de la información y las neuro-biopsicológicas (Amorim, 1997).

En la actualidad la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha posicionado como el tratamiento más efectivo para los trastornos de ansiedad, sin embargo, la mayoría de las revisiones hechas sobre la eficacia de los tratamientos para los trastornos de ansiedad han concluido que los efectos de la TCC aunque son relevantes y se mantienen en el tiempo no hay suficientes pruebas sistemáticas que comprueben que es significativamente más efectiva que la farmacoterapia (Huppert y Rynn, 2004).

A este respecto se puede mencionar que, de igual manera, el número de investigaciones sobre los efectos de la TCC en el perfeccionismo son mínimos siendo mencionados a continuación algunos de ellos:

En el año 2008 LaSota examinó la eficacia de un taller breve de TCC para el perfeccionismo desadaptativo en una muestra de 40 estudiantes universitarios estadounidenses entre 18 y 47 años. El taller duró tres horas y consistió en discusiones y actividades relacionadas con la identificación de objetivos y la psicoeducación en perfeccionismo desadaptativo, el establecimiento de altos estándares, el temor a cometer errores y dudar de uno mismo y la prevención de la angustia y el mantenimiento de los logros. Se tomaron medidas antes y después del tratamiento, además de dos medidas de seguimiento a las tres semanas.

Amster y Klein (2007) diseñaron un tratamiento para reducir los niveles de perfeccionismo y las actitudes comunicativas en una muestra de 8 participantes estadounidenses con tartamudez, entre 27 y 56 años. El tratamiento constó de 12 sesiones (6 individuales y 6 en grupo) durante 6 semanas. Las tres primeras semanas se aplicó el TCC para el perfeccionismo, mientras que las 3 semanas restantes aplicaron un tratamiento para la tartamudez. Los autores encontraron que el tratamiento resultó eficaz en la reducción de los niveles de perfeccionismo, especialmente durante las tres primeras semanas de aplicación de la TCC, manteniéndose los cambios a las 15 semanas de seguimiento.

Simultáneamente, Egan y Hine (2008) pusieron a prueba un TCC para el perfeccionismo clínico a través de un diseño experimental de series de casos únicos. Los participantes fueron cuatro pacientes australianos con depresión o ansiedad y un elevado perfeccionismo (evaluado mediante la FMPS), con edades comprendidas entre 39 y 62 años. El tratamiento se llevó a cabo mediante una sesión semanal durante ocho semanas y una sesión de seguimiento a las dos semanas, tomándose medidas semanalmente. Los resultados revelaron que el tratamiento redujo significativamente las puntuaciones totales de perfeccionismo en dos de los 4 pacientes, manteniéndose los cambios a las 2 semanas de seguimiento. El tratamiento resultó ser más eficaz en la reducción de Preocupación por los Errores, mejorando significativamente las puntuaciones en tres de los cuatro participantes. Contrariamente, no se obtuvieron cambios significativos en los niveles de Estándares Personales en ningún paciente. Igualmente, tampoco se observaron mejorías significativas para los síntomas depresivos y ansiosos de ningún participante.

Es evidente que los estudios previamente señalados se enfocaron en poblaciones adultas, lo cual ha limitado el estudio de los efectos de esta intervención en niños o adolescentes. Por lo

que, en la presente investigación se enfocó a estudiar a profundidad la eficacia de la TCC un caso perfeccionismo vinculado con altos niveles de ansiedad en la etapa de la adolescencia.

### **1.3 Justificación**

A lo largo de las últimas tres décadas, los trastornos de ansiedad han ocasionado el desarrollo de más investigaciones en comparación con otros trastornos psiquiátricos. Su importancia en los ámbitos clínicos y de salud pública han sido repetidamente explicados, poniendo de relieve los altos costos generados por la discapacidad que generan (Heinze y Camacho, 2010).

De los trastornos mentales los trastornos de ansiedad son los que tienen mayor incidencia a lo largo de la vida, la cual ha sido valorada entre 13.6% a 28.8% de la población, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres. (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005). En nuestro país la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala que el tipo de trastornos más frecuentes en la población mexicana son los trastornos de ansiedad. Por otro lado, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos.

El estudio del perfeccionismo ha suscitado un gran interés durante las últimas décadas (Weiner y Carton, 2012), probablemente porque, como se ha demostrado, se trata de un rasgo de la personalidad estrechamente asociado con la psicopatología en general, no solo en población adulta (Eagan, 2011), sino también en niños y adolescentes (Morris y Lomax, 2014)

Sin embargo, la investigación sobre el perfeccionismo infantil es todavía un campo relativamente nuevo y por tanto cuenta con diversas limitaciones. Las escasas investigaciones sobre perfeccionismo en muestras exclusivamente infantiles se han centrado principalmente en dilucidar los aspectos negativos del constructo, analizando su relación con diversos trastornos y problemas psicológicos como por ejemplo la ansiedad (Lozano et al., 2015), la depresión (Asseraf y Vaillancourt, 2015), entre otros.

La importancia de la investigación del perfeccionismo durante la niñez reside en que, actualmente, se sitúa la génesis de este rasgo de la personalidad en las relaciones paterno-filiales acontecidas durante la infancia (Flett et al., 2002). Por tanto, tal y como advierte Oros (2003), el estudio y diagnóstico del perfeccionismo durante la infancia es de gran utilidad puesto que proporciona conocimientos sobre las situaciones que favorecen su mantenimiento y desarrollo. Asimismo, analizar la forma en que las diversas facetas del perfeccionismo infantil se asocian, no solo con la psicopatología, sino también con variables de ajuste, es de gran interés para la investigación.

Considerando que el gran tema de la ansiedad es una cuestión de interés a nivel mundial y que existe información casi en todos los países incluyendo a México y países latinoamericanos, se cree es necesario aportar y sobre todo realizar un estudio, que en primer lugar logre dar un entendimiento del perfeccionismo y su vinculación con los altos niveles de ansiedad, y por otro lado el proponer intervenciones, que ayuden a disminuir los niveles de ansiedad atacando primero los factores que engloban al perfeccionismo.

## Capítulo II

### ANTECEDENTES

#### 2.1 Ansiedad

Puchol (2003) define los trastornos de ansiedad como los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad ya que engloban toda una serie de cuadros clínicos, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

A breves rasgos se dice que la ansiedad es un estado de ánimo negativo en el que se ponen en juego una serie de sistemas. Tiene repercusiones a niveles emocionales, fisiológicos, neurobiológicos y conductuales, como respuesta a la alteración de dichos sistemas, la persona experimenta tensión y aprensión acerca del futuro (Durand y Barlow, 2007). Cabe resaltar que es una respuesta emocional básica con el objetivo de ayudar a la persona a la adaptación o reconocimiento de situaciones amenazantes (Ortuño, 2010).

Los conceptos de ansiedad han sido revisados en la mayoría de literatura, pues, es comórbido con más de uno de los restantes trastornos descritos en los manuales de diagnóstico. Una descripción bastante concluyente propuesta por Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena (2006) dicen que es un estado subjetivo en el que se experimenta incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma haciendo que el sujeto se sienta molesto. Al describirlo de esta manera se entiende que el autor hace referencia a la ansiedad como una emoción generada por un estímulo interno o externo y la respuesta primaria más lógica es evitarla. Entonces se genera una interrogante, pues, superficialmente se describe de forma similar y confusa con el miedo, fobia y pánico.

Como se ha dicho antes, la ansiedad cumple una función biológico-adaptativa por su componente de anticipación frente a un peligro real u objetivo, pero que puede convertirse en desadaptativa cuando se activa frente a estímulos de un peligro irreal (Damasio, 2006). Esta ansiedad patológica es una manifestación mucho más intensa y frecuente que la de ansiedad normal, y el límite entre ambas está dado por la diferencia cuantitativa en su expresión (Fernández, 2008). Es así que en determinadas circunstancias tales mecanismos, esenciales para la supervivencia del individuo, se convierten en patológicos cuando ocurren ante estímulos insignificantes, presentan una intensidad exagerada o persisten más allá de lo necesario (LeDoux, 1999).

Las expectativas de peligro pueden generarse a partir de tres procesos de aprendizaje distintos: condicionamiento clásico, aprendizaje observacional o transmisión de información que contribuye a la aparición de esas expectativas (Fernández, 2008). Por ejemplo, en la ansiedad ante los exámenes la expectativa de peligro puede provenir por haberse hecho una asociación entre las condiciones antecedentes a los exámenes y una situación emocional intensamente desagradable, manifestándose como bloqueo emocional o ataque de pánico; por haber sido testigo de lo ocurrido a otra persona, o por comentarios escuchados acerca de situaciones temidas vinculadas a la evaluación.

El procesamiento cognitivo de la ansiedad se produce habitualmente ante situaciones que aparecen de manera paulatina y que, por tanto, pueden ser previstas. Al mismo tiempo, dichas situaciones se valoran como muy importantes para el bienestar físico y psíquico de la persona. La ansiedad, al tiempo que produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismo, malestar, preocupación o aprensión, e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico; asimismo,

genera dificultades en el mantenimiento de la atención y la concentración, conjuntamente con pensamientos de tipo intrusivo (Fernández, 2008).

### **2.1.1 Criterios diagnósticos de la ansiedad**

La ansiedad tiene una base de interpretación subjetiva por lo que la forma en la que se valora la intensidad, la frecuencia y la permanencia depende de dicha interpretación y es entonces en donde los roles psicológicos y emocionales juegan un papel protagónico y único. La premisa principal que conecta a la ansiedad con los rasgos psicológicos es que a mayores niveles de ansiedad mayor interpretación de situaciones como amenazantes. De ello, los estados ansiosos no terminan de disminuir hasta que los mencionados esquemas se reformulen y generen una respuesta adaptativa para la situación “amenazante” (Beck, 2005). Esto sensibiliza a la persona a mantener estados fisiológicos en activación frecuente como consecuencia mayor probabilidad de desarrollar el trastorno y de estar expuesto a situaciones amenazantes (Fernández y Palmero, 1999).

Se cree que uno de los pilares que sustenta la ansiedad radica en las edades de la niñez, momentos en los que las personas tomamos conciencia de que no es posible tener el control de todo a nuestro alrededor. Mientras la persona crece se puede dar estructura a dicho pensamiento y oscilar en intervalos de; confianza total en el control de todos los aspectos de la vida y una profunda incertidumbre sobre nosotros, nuestro autocontrol y la capacidad para afrontar futuras situaciones (Durand y Barlow, 2007). De lo mencionado concluimos que el sentimiento de incertidumbre y la creencia de “no tener el control de nada” nos sensibilizan a desarrollar un trastorno de ansiedad.



### 2.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada en el DSM-V

En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (APA, 2013) se señalan las siguientes características para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):
  1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
  2. Fácilmente fatigado.
  3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
  4. Irritabilidad.
  5. Tensión muscular.
  6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

## **2.2 PERFECCIONISMO**

### **2.2.1 Concepto y origen del perfeccionismo**

En 1965 el profesor Hollender presentó el primer cuadro clínico del perfeccionismo definiéndolo como la exigencia a uno mismo o a otros de una mayor calidad de desempeño de lo que requiere la situación. Sin embargo, la literatura científica acerca de esta variable de la personalidad fue muy escasa hasta principios de los años 90, encontrando un limitado número de estudios, de los cuales, la mayoría analizaban el perfeccionismo como una variable asociada al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (Pitman, 1978) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Kinoshita, 1985). De ahí que gran parte de las medidas sobre perfeccionismo fuesen fracciones de escalas destinadas a medir constructos más amplios (Gardner, Olmstead y Polivy, 1983).

Hollander se refirió al perfeccionismo en 1978 como un rasgo de personalidad desatendido por la comunidad científica. Sin embargo, en la actualidad no existe una definición concreta del perfeccionismo, ni tan siquiera un acuerdo de su naturaleza adaptativa o desadaptativa., de manera que hay una gran variedad de definiciones dependiendo de la concepción del autor y su focalización en unos aspectos u otros.

Cuando se habla de perfeccionismo se alude a un conjunto de normas (reglas, criterios, estándares) extremadamente elevadas de desempeño (ejecución), acompañadas por autoevaluaciones sumamente críticas. Tales normas estarían asociadas con un considerable temor al fracaso (Thompson, Davis y Davidson, 1998).

El perfeccionismo implica un conjunto de demandas autoimpuestas muy estrictas acerca de lo que la persona cree que debe llegar a ser. Dentro de ciertos límites, los pensamientos perfeccionistas pueden llegar ser predictores de éxito y bienestar porque se relacionan con el esfuerzo productivo y el deseo de superación (Blatt, 1995).

En año 1980 Burns elaboró uno de los primeros cuestionarios sobre el perfeccionismo, basándose en una concepción unidimensional del mismo y concibiéndolo como la aplicación de altos estándares más allá del alcance o la razón, el esfuerzo compulsivo e incesante hacia metas imposibles y la evaluación del propio valor exclusivamente en términos de productividad y logro. Según Hamachek (1987), el perfeccionismo normal implicaría la existencia de expectativas personales realistas y razonables que representan tanto las limitaciones como las fortalezas del sujeto, así como esfuerzos acompañados de una sensación de satisfacción y mejora de la autoestima. En cambio, el perfeccionismo neurótico se caracterizaría por el establecimiento de objetivos poco realistas impulsados por el miedo al fracaso. Los perfeccionistas normales "obtienen un sentimiento muy real de placer de los resultados de un esfuerzo costoso", mientras

que los perfeccionistas neuróticos son "incapaces de sentir satisfacción porque a sus ojos nunca consiguen hacer las cosas lo suficientemente bien como para alcanzar ese sentimiento". Así, se define al perfeccionista como aquel sujeto "cuyos estándares se encuentran más allá de su alcance o razón, personas que se esfuerzan compulsivamente e incansablemente hacia metas imposibles y que miden su propia valía enteramente en términos de productividad y éxito"

Hewitt y Flett (1991) distinguen tres dimensiones del perfeccionismo: (a) el perfeccionismo orientado a otros, (b) el perfeccionismo orientado hacia sí mismo y (c) el perfeccionismo prescripto socialmente. La dimensión del perfeccionismo orientado hacia otros involucra un conjunto de creencias y expectativas acerca de la capacidad de los demás. Tiene que ver con la aplicación de altas normas y metas no realistas a otras personas significativas, lo que se suma a un elevado nivel de crítica y constante evaluación del desempeño de éstas. La dimensión del perfeccionismo orientado hacia sí mismo incluye comportamientos basados en un conjunto de metas no realistas que se mantienen casi dogmáticamente e involucran una evaluación minuciosa del propio comportamiento, un elevado nivel de crítica personal y censura de determinadas conductas con el fin de evitar situaciones de fracaso. La última dimensión propuesta por Hewitt y Flett, involucra la necesidad de cumplir con las expectativas prescriptas por otros significativos.

El perfeccionismo socialmente prescripto tiene que ver con la percepción de que otros significativos mantienen expectativas exageradas e irreales hacia uno, que son difíciles y hasta imposibles de cumplir, pero que deben alcanzarse para lograr la aprobación y aceptación. Estas dos 5 últimas dimensiones han sido asociadas a baja autoestima, ideación suicida, depresión y malestar general (Hewitt y Flett, 1991).

A pesar de que diversos autores opinan que el término perfeccionismo debe de emplearse para referirse a las formas patológicas del comportamiento, no conviene obviar la evidencia acerca de la existencia de facetas adaptativas del perfeccionismo. Con lo cual aún existe un gran debate con respecto a la contextualización del concepto como rasgo patológico o como la combinación de rasgos tanto positivos como negativos (Owens y Slade, 2008).

### **2.2.2 Orígenes del perfeccionismo**

Existen escasas investigaciones acerca de las causas o antecedentes del perfeccionismo, aspecto que se ha visto ralentizado por el debate que viene aconteciendo en los últimos años acerca de la naturaleza dimensional o categorial del constructo (Broman-Fulks 2008). La mayor parte de estos estudios sitúan los orígenes del perfeccionismo en las experiencias del sujeto en su propio entorno familiar. Sin embargo, atendiendo su naturaleza multidimensional, no debemos olvidar que el perfeccionismo está causado por una gran cantidad de factores que incluyen, además de las relaciones paterno-filiales, otros aspectos externos e internos a la persona que pueden influir igualmente en su desarrollo

***Factores internos al sujeto:*** Entre algunos factores individuales que pueden originar el perfeccionismo encontramos el temperamento, el estilo de apego y factores genéticos.

#### **a) Temperamento**

El término temperamento hace referencia a los sesgos en las respuestas automáticas a los estímulos emocionales, considerándose moderadamente heredable y estable a lo largo de la vida, independientemente de la cultura o el aprendizaje social (Cloninger, 1986). Turner y Turner (2011) consideraron el sistema de inhibición conductual y el estilo parental de crianza como variables copredictoras del perfeccionismo desadaptativo, en una muestra de 399 estudiantes

universitarios estadounidenses con un rango de edad entre 16 y 20 años. Los resultados hallados indicaron que, en sujetos con bajos niveles de sistema de inhibición conductual, el estilo de crianza parental es particularmente influyente en la predicción del perfeccionismo.

#### **b) Aspectos genéticos**

Dentro de los factores individuales, cabe señalar y resaltar que diversas investigaciones con gemelos afirman que el perfeccionismo tiene un componente genético moderadamente heredable (Iranzo-Tatay et al., 2015).

#### **c) Apego**

El estilo de apego de los sujetos está asociado a los orígenes del perfeccionismo. La teoría de apego de Bowlby (1988) Postula que las relaciones tempranas de apego paterno-filial influyen en el desarrollo de la orientación general de un individuo en sus relaciones con otras personas. En este sentido, diversas investigaciones han vinculado el estilo de apego inseguro con los rasgos perfeccionistas. (Boone, 2013).

*Factores externos al sujeto:* La literatura sobre el perfeccionismo ha situado sus antecedentes en las relaciones paterno-filiales que se desarrollan en el seno familiar durante la infancia. Flett et al. (2002) distingue tres modelos explicativos que justificarían el desarrollo del perfeccionismo a causa del comportamiento parental: El modelo de Aprendizaje Social, El Modelo de Recreación Social y el Modelo de Expectativas Sociales.

#### **a) Modelo de aprendizaje social**

Según la teoría del aprendizaje social de Bandura, las experiencias de aprendizaje más importantes para los niños ocurren al observar el comportamiento de los demás. En consonancia

con ésta teoría, los hijos de padres perfeccionistas aprenden a ser perfeccionistas observando e imitando conductas de sus padres (Flett et al., 2002), así, reproducen el modelo de perfeccionismo que han observado durante su infancia aplicándose a ellos mismos las elevadas exigencias y el estilo de pensamiento perfeccionista que poseen sus padres, la preferencia por el orden, la minuciosidad, la autocrítica, etc.

Appleton et al. (2010) hallaron en un grupo de 561 jóvenes atletas estadounidenses y sus padres, evidencias acerca de la transmisión intergeneracional del perfeccionismo entre padres e hijos. Además, la transmisión del perfeccionismo no se limitó a personas del mismo sexo. Más recientemente, empleando un diseño experimental, Mitchell, Broeren, Newall y Hudson (2013) utilizaron una muestra de 77 niños australianos (45 con ansiedad clínica) entre 7 y 12 años y sus madres para analizar la influencia de un estilo maternal de crianza altamente perfeccionista o no sobre el perfeccionismo de los hijos ante la realización de una tarea. Los resultados evidenciaron que los sujetos que habían sido sometidos a conductas de crianza altamente perfeccionista incrementaron el PAO observado, mientras que los sujetos que fueron expuestos a conductas paternas de crianza no perfeccionistas redujeron su nivel de PAO observado. Sin embargo, la investigación ha demostrado que el perfeccionismo parental se asocia más bien con el desarrollo de un perfeccionismo adaptativo que desadaptativo. Por ejemplo, Enns et al. (2002) encontraron que tanto el perfeccionismo parental como el trato severo hacia los hijos se asociaron, en una muestra de 261 estudiantes universitarios canadienses entre 18 y 50 años, con el perfeccionismo desadaptativo, mientras que la crianza severa no se asoció con el perfeccionismo adaptativo. Igualmente, los resultados hallados por Clark y Coker (2009), en una muestra de 111 niños ingleses entre 12 y 15 años y sus madres, no apoyaron la hipótesis de que el perfeccionismo disfuncional se asociara entre madres e hijos. Los autores atribuyen el desarrollo del

perfeccionismo a las críticas mostradas por sus madres, aunque la relación únicamente se halló en las chicas.

### **b) Modelo de Reacción Social**

Según el Modelo de Reacción Social, cuando el niño está expuesto a un ambiente hostil, el perfeccionismo surge como respuesta a dicho ambiente, como una manera de hacer frente a su duro mundo (Flett et al., 2002). Es decir, el niño puede creer que, si consigue ser perfecto, las reprimendas y el dolor cesarán. Al contrario que en el modelo anterior, en este caso, los perfeccionistas son más víctimas y por tanto desarrollan un perfeccionismo más desadaptativo. En apoyo a esta teoría encontramos desde los casos más extremos, personas que han desarrollado un perfeccionismo como consecuencia de abusos físicos que padecieron durante la infancia (Fanget, 2010), hasta aquellos que han sido educados en entornos muy opresores y rigurosos. De hecho, existen evidencias de que un estilo parental autoritario, hostil o excesivamente severo, se asocia con el desarrollo del perfeccionismo (Enns et al., 2002; Flett, Hewitt y Singer, 1995; Frost, Lahart y Rosenblate, 1991; Kawamura, Frost y Harmatz, 2002; Kyra, 2009; Rice, Ashby Preusser, 1996). Según Baumrind (1971, 1991), el estilo parental autoritario combina altos niveles de exigencia y control con una escasa sensibilidad. De este modo, Rice et al. (1996) encontraron que los perfeccionistas desadaptativos describieron a sus padres como más exigentes y más críticos que aquellos sujetos con un estilo de perfeccionismo más adaptativo. Flett et al. (1995), en una muestra de 100 estudiantes universitarios canadienses, también encontraron una asociación entre el PSP y un estilo parental autoritario, aunque esta asociación solo estuvo presente en los hombres. En la misma línea, Kawamura et al. (2002), empleando 337 estudiantes universitarios estadounidenses de origen asiático y caucásico con una edad media de 19.75 años, encontraron



que un estilo parental autoritario y hostil se relacionó con un mayor nivel de Preocupación por los Errores y Dudas sobre Acciones en hombres y mujeres americanos de origen caucásico y únicamente en mujeres americanas de origen asiático.

El control psicológico que ejercen los padres sobre sus hijos ha sido también considerado como un factor decisivo en el desarrollo del perfeccionismo. Con el término control psicológico nos referimos a un estilo de crianza usado por los padres que focalizan ante todo sus propias necesidades psicológicas y problemas emocionales en su posición de autoridad en las relaciones con sus hijos (Barber, 1996). Craddock, Church y Sands (2009) observaron, en una muestra de 264 estudiantes universitarios australianos, que el perfeccionismo disfuncional fue predicho por un estilo parental autoritario con un alto control psicológico, mientras que el perfeccionismo funcional únicamente fue predicho por un estilo de crianza autoritario.

### **c) Modelo de Expectativas Sociales**

El modelo de expectativas sociales plantea que las causas del perfeccionismo se sitúan en las elevadas expectativas paternas. Cuando el niño no cumple dichas expectativas sufre sentimientos de desesperanza. Si por el contrario logra alcanzarlas, experimenta mayores sentimientos de autoestima, lo que sugiere que los niños cuyos padres mantienen estándares realistas y alcanzables serán más propensos a desarrollar un perfeccionismo adaptativo (Flett et al., 2002). Esta teoría también ha tenido apoyo empírico. Speirs-Neumeister (2004) sostuvo que las expectativas de los padres y la aprobación condicional ofrecen un mayor poder explicativo que el modelo de aprendizaje social en la descripción del desarrollo del PSP en estudiantes universitarios talentosos. Pese a ello, las expectativas paternas tampoco se presuponen como un factor único en el desarrollo del perfeccionismo. Es decir, que la sola presencia de elevadas

expectativas paternas sobre el desempeño de los hijos no tiene por qué conllevar a patrones perfeccionistas en estos (Tong y Lam, 2011).

Retomando la hipótesis de la transmisión intergeneracional del perfeccionismo, los padres perfeccionistas con elevados niveles de POD, exigirán a sus hijos unos niveles de rendimiento excesivamente elevados, en ocasiones incluso desmesurados, ofreciendo refuerzos contingentes al cumplimiento de dichos estándares y elevadas críticas y reproches cuando no logren alcanzarlos.

Es preciso mencionar que la investigación acerca de los orígenes del perfeccionismo cuenta con una serie de limitaciones. En primer lugar, que, en la mayor parte de estas investigaciones, la variable que evalúa el comportamiento parental, a menudo se obtiene mediante las valoraciones o las percepciones que los propios hijos tienen de sus padres. Es decir, que no se evalúa directamente el comportamiento paterno, sino la percepción que los hijos perfeccionistas tienen del mismo. Respecto a esto, es posible que, más que la conducta parental, sea la propia percepción que los hijos tienen de esta un predictor más fiable de su propio perfeccionismo. Por ejemplo, en el caso de estilos de crianza autoritarios y duros, es posible que los perfeccionistas, debido a sus propias preocupaciones evaluativas, interpreten cualquier amonestación leve de sus padres como duras críticas o bien que les sea más fácil recordar y enfatizar los casos en los que sus padres fueron más severos y críticos con ellos (Kawamura et al., 2002).

### 2. 3 Elementos del perfeccionismo

Hewitt, Flett, Besser et al. (2003) construyeron un modelo dinámico y multidimensional de perfeccionismo, en este existen múltiples fuerzas que implican los procesos de desarrollo, los estilos de auto-presentación, las variables ambientales, las dinámicas interpersonales, las respuestas fisiológicas, los patrones cognitivos y los rasgos de la personalidad, actúan de forma independiente y se combinan de manera interactiva para influir en las dificultades psicológicas.

Según este modelo, el perfeccionismo se compone de tres dimensiones:

- I. Perfeccionismo Auto-orientado (PAO): entendido como la aplicación a uno mismo de normas poco realistas y la motivación por ser perfeccionista.
- II. Perfeccionismo socialmente preescrito (PSP): es decir, la creencia de que las personas significativas esperan que uno sea perfecto.
- III. Perfeccionismo orientado hacia los demás (POD): se refiere a la aplicación de normas poco realistas y las motivaciones perfeccionistas hacia otros.

Tras la revisión de 15 instrumentos sobre perfeccionismo Stairs, Smith, Zapolski, Combs y Setles (2012), Elaboraron un inventario denominado *Measure of constructs Underlying Perfectionism* (M-CUP) que incluía 9 rasgos de la personalidad identificados como la base del comportamiento perfeccionista:

- I. Altos estándares: tendencia a autoimponerse objetivos elevados y a obligarse a uno mismo a trabajar duro para alcanzarlos.
- II. Orden: tendencia a preferir el orden, la pulcritud y la organización.

- III. Detalles y comprobación: tendencia a esperar un alto rendimiento de los demás y a evaluarlo rigurosamente.
- IV. Insatisfacción: tendencia a creer que algo nunca es lo suficientemente bueno o correcto.
- V. Precisión percibida de los otros: tendencia a creer que los demás tienen unas expectativas excesivamente elevadas y que son excesivamente críticos.
- VI. Perfeccionismo hacia los otros: tendencia a esperar un alto rendimiento de los demás y a evaluarlo rigurosamente.
- VII. Reactividad a los errores: tendencia a experimentar afecto negativo cuando se comete un error o se cree haber cometido un error.
- VIII. Satisfacción: tendencia a experimentar afecto positivo cuando se ha logrado algo.

Por otro lado, Hill et al. (2004) construyeron una escala multidimensional denominada Perfectionism inventory, de la cual, a través de los análisis factoriales evidenciaron la estructura del perfeccionismo en ocho factores:

- I. Preocupación por los errores: tendencia a experimentar angustia o ansiedad antes de cometer un error.
- II. Altos estándares con los demás: Tendencia a imponer a los otros nuestros propios ideales perfeccionistas.
- III. Necesidad de aprobación: tendencia a buscar la valoración de los demás y a ser sensible a las críticas.
- IV. Organización: tendencia a ser limpio y ordenado.
- V. Presión paterna: tendencia a actuar perfectamente para obtener la aprobación paterna.
- VI. Planificación: tendencia a planificar y deliberar sobre las decisiones del futuro.

- VII. Rumiación: tendencia a preocuparse obsesivamente sobre errores del pasado sobre un rendimiento casi perfecto o sobre futuros errores.

Uno de los elementos que se encuentra muy presente en las personas perfeccionistas son las rumiaciones, lo cual es confirmado en las investigaciones realizadas por Flett, Hewitt, Blankstein y Gray, 1998 los cuales sugieren que el perfeccionismo tiene un componente rumiativo. Las rumiaciones son cogniciones intrusivas y recurrentes que aparecen unidas a los 4 intereses y motivaciones del sujeto (Cruzado Rodriguez, 1998). En el caso de las personas perfeccionistas las rumiaciones serían aquellos pensamientos automáticos y persistentes acerca de lo que creen que deben llegar a ser. Estas rumiaciones aumentan las discrepancias entre el sí-mismo actual y el ideal perfecto de persona. El ideal del self ha sido descrito como el conjunto de ideales, metas y aspiraciones vinculadas a los atributos que el individuo cree que debería poseer (Higgins, Bond, Klein y Strauman, 1986).

### **2.3 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La terapia cognitivo conductual (TCC) fue desarrollada por Aaron Beck a principios de la década de 1960. Ésta busca aliviar el sufrimiento emocional de las personas ayudándoles a identificar, examinar y modificar las distorsiones cognitivas y los pensamientos desadaptativos que subyacen en su aflicción. (Clark y Beck, 1997).

La TCC se basa en la conceptualización y la comprensión de las creencias y los patrones conductuales específicos del paciente, buscando las formas de producir el cambio cognitivo del sujeto, es decir, la modificación de su sistema de creencias y pensamientos, para lograr un cambio emocional y conductual duradero (Beck, 2011). Vicent (2012) señala que, en la

actualidad las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento del perfeccionismo son las que más trabajos han generado y las que gozan de mayor aporte empírico.

En un sentido estricto, la terapia cognitiva incluye aquellas técnicas que se centran directa y primariamente, aunque no exclusivamente, en las cogniciones (verbales y/o en imágenes) de los clientes para modificar estas y las emociones y conducta manifiesta que, se supone, regulan. No se incluyen aquí, pues, las técnicas que presuponen mecanismos de cambio cognitivo, pero que no se centran en los componentes cognitivos per se (p.ej.: modelado participante). Ejemplos de técnicas cognitivas son: reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, resolución de problemas y detención del pensamiento. Sin embargo, hay grandes diferencias en los modelos teóricos que están detrás de estas técnicas.

Basándose en una definición cognitivo conductual del perfeccionismo clínico, Shafran et al. (2002) destacaron los siguientes cuatro componentes fundamentales para su tratamiento:

1. Ayudar al paciente a identificar el perfeccionismo como un problema y los mecanismos que lo mantienen.
2. Ampliar el esquema de autoevaluación del paciente mediante el examen de los métodos existentes de autoevaluación y la identificación y adopción de cogniciones y comportamientos alternativos
3. Realización de experimentos conductuales como exposición directa a situaciones evitadas para aprender más acerca de la naturaleza de su perfeccionismo y las formas de vida alternativa.
4. Ayudar a los pacientes a identificar y modificar las normas personales que encarnan el pensamiento dicotómico, la autocrítica y la atención selectiva hacia el fracaso percibido

mediante estrategias cognitivo-conductuales como, por ejemplo, la reestructuración cognitiva y la psicoeducación.

## **2.4. ADOLESCENCIA**

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001); a este respecto Craig (1997) señala que la adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la madurez que acontece en un medio cultural particular que se extiende por casi una década, abarca de los 15 a los 20 Años. Durante este periodo la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997), por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Schock, 1946).

### **4.1 Etapas de la Adolescencia**

#### **4.1.1 Adolescencia temprana**

Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de

entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

#### **4.1.2 Adolescencia intermedia**

Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacción es al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

#### **4.1.3. Adolescencia tardía**

Adolescencia tardía. Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar,



para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

#### **4.2 Problemas de la Adolescencia**

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas puedan ocasionar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Los jóvenes que son incapaces de abordar de una forma adecuada los problemas que se les presentan posiblemente padecen un trastorno. Uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta en mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000). Los adolescentes padecen soledad por diversas razones. Algunos presentan problemas para relacionarse, otros tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada y para aprender cómo comportarse o adaptarse a situaciones diversas; algunos padecen baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza (Rice, 2000).

Otro problema es el estrés, y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual puede ocasionar patologías como depresión, emplazamiento, rebeldía, drogadicción o comportamiento suicida. Éstos, pueden ocasionar consecuencias graves y suelen ocurrir en combinación con otros problemas, como los desórdenes de nutrición y la agresividad. La depresión, está vinculada a la forma negativa y pesimista de interpretar los fracasos, y afecta en gran medida a la conducta del adolescente, manifestando su estado de ánimo al exterior, lo que propicia un rechazo social (Myers, 2000).

Algunos adolescentes se avergüenzan con facilidad y sienten ansiedad al pensar que están siendo evaluados. Ante esta situación la tendencia natural es protegerse a sí mismos: hablar menos, evitar los temas que revelen ignorancia y controlar las emociones. La timidez es una forma de ansiedad social que está constituida por la inhibición y la preocupación por lo que los demás puedan pensar. Lo anterior, somete al adolescente a situaciones de estrés, el cual afecta el sistema inmunológico, dejándolo vulnerable, además de producir desesperanza y con ello reforzar la conducta depresiva (Myers, 2000).

En relación a la muerte, los adolescentes no piensan mucho a menos que se haya enfrentado a la misma (Papalia et. al., 2001), siendo que, en su preocupación de descubrir su identidad, se preocuparán más de cómo viven que de cuanto vivirán, sin embargo, el suicidio consumado es la tercera causa de muerte en adolescentes en la etapa tardía, siendo los varones quienes presentan un riesgo 5 veces mayor que las mujeres, estos jóvenes tienen un antecedente relacionado a la depresión, trastornos adictivos, comportamiento antisocial o personalidad inestable, además de antecedentes familiares en relación a la conducta, siendo la baja autoestima, el pobre control de impulsos, la poca tolerancia a la frustración y la ansiedad, trastornos que se asocian al problema, en relación a la familia el alejamiento de los padres, el maltrato y rechazo de la familia (Papalia et. al., 2001).

## **2.5. Prácticas de crianza parental**

### **6.1 Definición de prácticas parentales**

Las prácticas parentales hacen referencia a las conductas específicas que padres y madres realizan para conseguir sus objetivos de crianza relacionados con el cuidado, protección, la enseñanza y la expresión de amor hacia el hijo. El estudio de las prácticas parentales se ha

ocupado de estudiar comportamientos específicos de los padres para establecer o influir en conductas particulares de los hijos que pueden estar relacionadas con la escuela, las tareas del hogar o las habilidades sociales (Moral, 2013). El ejercicio de la paternidad o maternidad, es una actividad compleja que incluye numerosas conductas específicas, pero también actitudes que tienen un carácter más general, que funcionan tanto individual como conjuntamente para influir en los logros de los hijos (Flores, Cortes y Góngora, 2008)

## **6.2 Definición de estilos parentales**

El estilo parental o estilo de crianza es la estrategia general que cada padre emplea en la crianza de sus hijos en la que varias prácticas parentales entran en juego. El término se ha distinguido de las prácticas parentales ya que este hace referencia a las conductas particulares que los padres y madres realizan para conseguir ciertos objetivos, mientras que el estilo de crianza o estilo parental se refiere al clima emocional en el cual ocurren las interacciones entre los padres e hijos.

Cuando hablamos de Estilos de Crianza nos referimos a un conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos. Los padres son los principales responsables del cuidado y protección de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia (Céspedes, 2008; Papalia, 2005; Sordo, 2009). Esto significa que los padres son los principales transmisores de principios, conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. En este sentido, su función es biológica, educativa, social, económica y de apoyo psicológico. Frente a lo anterior, las dimensiones que caracterizan las prácticas educativas de los padres son el control y exigencias; existencia o no de normas y disciplina; grado de exigencia a los hijos. Otras

dimensiones son el afecto y la comunicación que es el grado de apoyo y afecto explícito hacia los hijos; mayor o menor comunicación entre padres e hijos (Vega, 2006).

### **6.3 Tipos de estilos parentales**

Padilla (2004) realiza una descripción de los estilos de crianza, así como los efectos, es decir la manera en que repercuten las conductas que los padres aplican en la educación de sus hijos, la cual es presentada a continuación:

*Estilo democrático* Son aquellos padres que se esfuerzan en dirigir las actividades del hijo pero de una manera racional orientada al proceso suele hacer elecciones y dar razones; estimulan el dialogo verbal y comparten con el hijo el razonamiento que subyacen su política, valoran tanto los atributos expresivos como los instrumentales, las decisiones autónomas y la conformidad disciplinada. En consecuencia, ejercen el control firme en puntos de divergencia, pero utilizan el dialogo. Reconocen sus propios derechos especiales como adultos, pero también los intereses y modos especiales de los hijos. Los padres democráticos afirman las cualidades presentes del hijo, pero también establecen líneas para la conducta futura, recurriendo tanto a la razón como al poder para lograr sus objetivos. Estos padres son los mejores comunicadores tienen una buena disposición para aceptar los argumentos del hijo para retirar una orden o una demanda, argumentan bien, utilizan con más frecuencia la razón que la coerción para obtener la complacencia y fomentan más el dialogo que la imposición para lograr un acuerdo con el hijo.

*Los efectos en los hijos.*- Los hijos de estos hogares se han criado en la obediencia la autoridad, puesto que cuando sus comportamientos han sido inadecuados los padres han

impuesto autoridad para evitar que se repitan; no obstante que sus normas de actuación estén internalizadas por que junto con ese ejercicio de la autoridad paterna han recibido las correspondientes explicaciones y justificaciones, han mantenido un dialogo con sus padres, desarrollando normalmente la autoconfianza y el autocontrol como consecuencia de haber integrado plenamente las normas sociales, lo que permite que su competencia sea máxima.

***Estilo permisivo.*** Los padres permisivos son sumamente receptivos pero no demandantes. Suelen evitar la confrontación. Pueden ser acusados por otros de "arruinar" a sus hijos. Los padres permisivos tienden a ceder ante las demandas de sus hijos. Fijan muy pocas reglas, si es que fijan algunas, y sí las fijan generalmente no se hacen cumplir de manera uniforme. No quieren estar atados a una rutina. Quieren que sus hijos se sientan libres. No establecen límites ni tienen expectativas claras de comportamiento para sus hijos, y tienden a aceptarlos de manera cálida y cariñosa, no importa la conducta de los niños. Los padres permisivos dan a los niños tantas opciones posibles, aun cuando el niño no sea capaz de tomar una buena decisión. Tienden a aceptar el comportamiento del niño, sea bueno o malo, y no hacen ningún comentario sobre si le beneficia o no. Quizás se sienten incapaces de cambiar el mal comportamiento, u optan por no involucrarse.

***Los efectos en los hijos.*** Estos hijos participan de un alto grado de aceptación por parte de sus padres, reciben un importante feedback positivo de los padres cuando sus actuaciones son correctas, pero cuando sus comportamientos se desvían de las normas, sus padres no les imponen sanciones. Es posible que esta ausencia de coerciones fuertes de los padres, sea el motivo por el que se encuentren "especialmente orientados a expresar comportamientos agresivos hacia sus

iguales (Lamborn, 1991), de la misma manera que al no haber vivenciado una figura paterna o materna de autoridad como impositiva, no muestren valores ni normas de convivencia y tengan, como consecuencia de su implicación más igualitaria en las relaciones con sus padres, y personas mayores ( profesor, tíos, abuelos, etc.). Los hijos de estos hogares no tienen claro entre un comportamiento bueno y uno malo, ya que sus padres nunca les muestran desaprobación por sus comportamientos erróneos; es muy normal que en casa cada quien haga lo que quiera y al a hora que quieran, tanto padres como hijos, los padres no se muestran respeto uno con el otro y mucho menos los hijos y hacia los padres. Esto hace que los niños al estar en la escuela vuelquen en sus compañeros todo ese mal comportamiento de sus hogares sin esperar que nadie se los reproche, y si los maestros intervienen tienden a comportarse aún peor ya que en el hogar los padres no los imponen reglas estos no aceptan que nadie más se los imponga. Ven a las conductas agresivas como cosas de cada día y no hay discernimiento entre lo bueno y malo.

***Estilo autoritario.*** Los padres autoritarios siempre tratan de estar en control y ejercer control sobre los niños. Estos padres fijan reglas estrictas para tratar de mantener el orden, y normalmente lo hacen sin demostrar mucho afecto o cariño al niño. Tratan de establecer normas de conducta estrictas y generalmente son muy críticos de los niños porque no satisfacen los criterios. Les dicen a los niños lo que deben hacer, tratan de hacerles obedecer y normalmente no les dan opciones para escoger. Los padres autoritarios no explican por qué quieren que sus hijos hagan las cosas. Si un niño pregunta sobre alguna regla u orden, quizás el padre le conteste, "Porque yo dije". Los padres tienden a concentrarse en el comportamiento negativo, en vez del positivo, y castigan o regañan a los niños, muchas veces severamente, porque éstos no siguen las reglas.

*Efectos en los hijos.* Los hijos de padres autoritarios generalmente no aprenden a pensar por sí mismos ni entienden por qué sus papás exigen cierto comportamiento. Sufren los efectos de la alta coerción e imposición, por lo que generalmente muestran un mayor resentimiento hacia sus padres y un menor auto concepto familiar. Esta combinación tampoco permite que adquieran la suficiente responsabilidad como para que puedan obtener unos resultados académicos buenos. Los niños en estos hogares encuentran más imposición y rechazo por lo que hacen mal, y muy pocas veces encuentran muestras de cariño y aceptación por una buena acción (las pasan desapercibidas), esto hace que los niños en la escuela demuestren toda esa frustración y falta de aceptación mediante conductas agresivas con sus compañeros ya que en su hogar no se pueden hacer escuchar, buscan llamar la atención o ser el centro de atención mediante ese tipo de comportamientos. También en este tipo de hogar no se evidencia un respeto vertical entre el papá y la mamá ya que se llevan por gritos, mandatos e imposiciones, y esto conlleva a manifestar algún tipo de violencia sea física o verbal; este modelo de crianza el niño lo lleva a la practica en la escuela y lo ve como un comportamiento normal y rutinario.

## Capítulo III.

### Metodología

#### 3.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo cualitativo, en específico se llevó a cabo un estudio de caso, de tipo circular de un solo caso, este estudio se enfoca en describir el impacto de la implementación de una intervención con enfoque cognitivo conductual a una paciente de 17 años de edad que presenta altos niveles de ansiedad, la cual favorece la presencia de conductas perfeccionistas en la adolescente. Las sesiones fueron llevadas a cabo en el servicio psicológico de una universidad pública.

Durante el proceso terapéutico se implementaron técnicas y estrategias bajo el enfoque cognitivo conductual con el objetivo de observar y analizar los cambios que se iban generando en los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la paciente.

En el presente estudio se dio énfasis al uso de investigación cualitativa, como estrategia en el trabajo terapéutico. La investigación cualitativa estudia la realidad en un contexto natural, dando sentido o interpretando los fenómenos de acuerdo a los significados de las personas implicadas (Cresswell, 1998). Al elegir la investigación cualitativa se busca la comprensión del fenómeno, a través del análisis de la información tal como fue expuesta. Para poder comprenderlo, es importante señalar que la realidad no es cuantitativa o cualitativa, sino una combinación de ambas (Tarrés, 2001). En este caso se utilizó el análisis cuantitativo mediante la aplicación de un instrumento que ayudara a medir los niveles de ansiedad de la paciente.

Para Stake (1999) el estudio de caso consiste en una descripción de una situación o fenómeno con un interés propio, el cual no pretende describir otros fenómenos ni hacer



generalizaciones para otros ámbitos, no atiende a la urgencia de generalizar datos a otros casos particulares ni querer producir nuevas teorías. Asimismo, en la presente investigación se utilizó el estudio de caso, el cual constituye propiamente la acción planificada para ayudar, dar consejo o servicio a un individuo, grupo o sistema (Murueta, 2004).

En específico, como se mencionó previamente se llevó a cabo un estudio circular de un caso o sujeto único. A través de la investigación circular de caso se muestra cómo opera la evaluación psicotécnica por medio de la asociación libre, así como la interrelación de las diferentes actitudes mediante la exploración narrativa, cuyo análisis proyectivo permite describir la vivencia del sujeto elegido para el caso en cuestión (González, 1997).

### **3.2. Confiabilidad y validez**

La confiabilidad y la validez en los estudios cualitativos no son iguales a los de los estudios cuantitativos. El enfoque cuantitativo se basa en la filosofía fenomenológica que considera que la realidad es construida socialmente, por lo tanto, cada persona que observa en un momento tendrá su propia opinión del mismo.

La validez en la investigación cualitativa se refiere a algo que ya ha sido probado, por lo tanto, se le puede considerar como un hecho cierto, el mismo que puede ser aplicado en la vida diaria, en las ciencias sociales, y dar a un hecho válido permitiendo considerar como la mejor opción posible de otras entre tantas. Algunos autores coinciden al respecto. Corral (2009) indicó que: “La validez de un instrumento consiste en que mida lo que tiene que medir (autenticidad), algunos procedimientos a emplear son: Know groups (preguntar a grupos conocidos), Predictive validity (comprobar comportamiento) y Cross-check- questions (contrastar datos previos)”. Martínez (2006a) mencionó en sentido amplio y general, que una investigación tendrá un alto

nivel de “validez” en la medida en que sus resultados “reflejen” una imagen lo más completa posible, clara y representativa de la realidad o situación estudiada. De la misma manera referente a la validez en la investigación Camarillo (2011) menciona: en la investigación cualitativa, el entendimiento de la realidad es el propósito fundamental. En este sentido, lo que hace que un estudio de casos, por ejemplo, pueda ser considerado “científico” no es la generalización de sus resultados, sino la capacidad de explicar el fenómeno en profundidad y esto se logra básicamente, mediante la presencia crítica del investigador en el contexto de ocurrencia del fenómeno en estudio así como a través de la triangulación de las fuentes de información.

Camarillo (2011) menciona que: la confiabilidad se refiere a la posibilidad de encontrar resultados similares si el estudio se replicara. Para procurar esto, los investigadores que realizan estudios de corte positivista aíslan y controlan variables. Sin embargo, la realidad social es irrepetible y la complejidad en las interacciones de variables nos conduce a cuestionar una visión simplista de un fenómeno aislado artificialmente. En ciencias sociales no es posible la replicabilidad absoluta; la visión de una realidad holística y compleja no alienta el aislamiento de variables.

En este sentido, en la investigación cualitativa, el investigador es el principal que proporciona la confiabilidad a partir de los distintos métodos, procedimientos y estrategias utilizadas en la investigación. Martínez (2006b) comentó que el investigador con metodología cualitativa, para facilitar el proceso de corroboración estructural, cuenta con dos técnicas muy valiosas: la “triangulación” de diferentes fuentes de datos, perspectivas teóricas, observadores, y procedimientos metodológicos, etc., y las grabaciones de audio y de vídeo, que le permitirán observar y analizar los hechos repetidas veces y con la colaboración de diferentes investigadores.

Camarillo (2011) Señala que, para llevar a cabo la triangulación es necesaria obtenerla de varias fuentes para después valorar su consistencia. En el presente estudio se utilizó la triangulación a través observaciones en la conducta y análisis de las expresiones verbales que realizaban los padres y la paciente, además de la aplicación y análisis del Inventario Clínico Multiaxial de Millon. tratando de esta manera de corroborar la información obtenida durante las sesiones y favorecer la validez y confiabilidad de este estudio.

### **3.3 Motivo de consulta**

La madre solicita el servicio de apoyo externo en psicología debido a que su hija, una adolescente de 17 años de edad, presenta síntomas de ansiedad en casa y en las actividades en las que se desempeña día con día. La madre señala que estas “conductas ansiosas” se observan en mayor medida en aspectos que tienen que ver con su desempeño, por ejemplo, el fallar en alguna tarea asignada ocasiona que comience a mover sus piernas de forma regular, además de que, al llamarle la atención por algo que haya hecho “de mala manera” se toma el labio con las yemas de sus dedos y los aprieta. Por otro lado, se indica que la adolescente no ha podido elegir una carrera que estudiar, en este aspecto se señala: “ha pensado en tantas opciones que no logró elegir una”, por tal motivo el tiempo para poder postularse en alguna universidad finalizó. La preocupación de la madre es que esta ansiedad no permita que su hija elija de forma clara su “camino en la vida”

### **3.5 Datos generales de la paciente**

Nombre: María (Seudónimo).

Edad: 17 años

Escolaridad: 3ro de preparatoria

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán

Nacionalidad: Mexicana

Nivel socioeconómico: Medio Alto

Estatura: 1.70 m.

Sexo: Mujer

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán

Religión: Católica

Lugar en la familia: Primera (Tiene una hermana gemela)

Peso: 58 kg

### **3.5 Descripción del paciente**

María es una adolescente de 17 años de edad, de estatura media-alta (1.70m), de complexión muy delgada (57 kilos) y de tez morena clara. Su apariencia es prolija y aseada. Su rostro está enmarcado por cejas pobladas y nariz pequeña. Posee cabello lacio, de color negro y corto, llegándole hasta los hombros. Al inicio de las sesiones usaba ropa holgada, de telas delgadas (Ropa regional y jeans). Al paso de las sesiones su vestimenta fue cambiando gradualmente, con ropa más ajustada y colores más claros que los que usaba en un inicio. Ella es estudiante de último año de preparatoria, es importante señalar que estudia en línea, por lo que, sus interacciones sociales con sus pares se limitan. La paciente acude a clases de violín desde los ocho años de edad, el primer síntoma ansioso se pudo observar al hablar más a profundidad sobre esta temática, con lo cual se comenzó a creer que el factor desencadenante era el ambiente de estrés que vivía en sus prácticas y ensayos en la academia a la cual asistía, sin embargo, se observaron otros elementos que cambiaron la visión a un panorama más relacionado a los pensamientos que tiene sobre ciertos eventos y su desempeño, el cual ella expresa que “debe ser excelente”.

### **3.6 Diagnóstico**

Durante las primeras sesiones la adolescente de 17 años de edad, responde de forma breve y sin intenciones de revelar datos de la información que se le solicita, en ocasiones responde con una sonrisa, pero esta cambia instantáneamente convirtiéndose en una expresión seria. En lo que respecta a sus conductas ansiosas se pudo corroborar los aspectos que la madre mencionaba, ya que, al hacer preguntas con temas de mayor profundidad, como lo son los aspectos familiares o los

pensamientos acerca de su desempeño en la orquesta, tendía a tomarse el labio inferior con las yemas de sus dedos de la mano derecha, haciendo un movimiento de arriba abajo, esto ocurría por más de 3 minutos de manera continuada en varios espacios de tiempo. Además, se observaron movimientos en piernas y manos de manera repetida y constante. De igual forma, la paciente señala que ha presentado problemas para dormir y rumiaciones sobre su desempeño al ejecutar una tarea.

Los síntomas anteriormente expuestos muestran que la paciente presenta un alto grado de ansiedad, el cual, de acuerdo con el DSM-5 (2014), al ser una preocupación excesiva y difícil de controlar en torno a una gran variedad de cuestiones y presentando una duración de seis meses o más se puede catalogar como un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Este diagnóstico fue confirmado mediante la aplicación del Inventario Multiaxial de Millon, en el cual se obtuvo un puntaje significativamente elevado en la categoría de Trastorno de ansiedad.

Esta ansiedad elevada provoca un sinnúmero de pensamientos recurrentes sobre su propio desempeño y el desempeño de los demás, presentando ideas irracionales, rumiaciones y pensamientos de devaluación, realizando exigencias en el desempeño que va dirigida hacia ella y hacia los demás, dificultando de esta forma la interacción con sus pares, ya que considera que todos deberían estar en el nivel cognitivo en el que ella se encuentra, esto favorece la idea de la presencia de conductas perfeccionistas.

### 3.7 Técnicas Psicoterapéuticas

**Entrevista.** Interacción interpersonal que tiene un propósito mutuamente aceptado, con roles formales claramente definidos y un conjunto de normas que rigen la interacción, siendo un proceso continuo de exploración (Sattler y Hoge, 2008).

**Diálogo Socrático.** Empleo de las preguntas en la intervención terapéutica que tiene como objetivo inducir al paciente a que: 1) tome conciencia de sus pensamientos, 2) examinar sus distorsiones cognitivas, 3) sustituir estos pensamientos por unos más equilibrados y 4) planear el desarrollo de nuevas formas de pensamiento (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

**Reestructuración cognitiva.** Se emplea para modificar en los individuos la tendencia a involucrarse en las exageraciones automáticas sobre las amenazas de eventos futuros durante los eventos de preocupación (Clark y Beck, 2010).

**Automonitoreo de la preocupación (Apéndice A).** Clark y Beck, (2010). Mencionan que el propósito de esta técnica es recoger información cualitativa sobre cualquier tema de inquietud o preocupación que pueda desempeñar alguna función en la persistencia de la preocupación. Este contenido de la preocupación nos ofrece información útil para las intervenciones cognitivas que el terapeuta empleará posteriormente en el tratamiento.

**Formato de plan de vida (Apéndice B).** Este formato fue usado con el objetivo de aclarar ideas con respecto a las opciones de carrera que la paciente tenía. En este se realiza un llenado y evaluación de las fortalezas, debilidades y oportunidades que tiene y de esta forma poder facilitar el proceso de elección de carrera.

### 3.8 Diseño Terapéutico

La intervención fue llevada a cabo a lo largo de 18 sesiones con una periodicidad de una vez por semana y una duración aproximada de 60 minutos por sesión. Dicha intervención estuvo fundamentada en el enfoque cognitivo conductual teniendo como principal objetivo la reducción de los niveles altos de ansiedad a través de la reestructuración cognitiva y el diálogo socrático, estas técnicas pretendían disminuir la presencia de rumiaciones y las ideas irracionales presentes en las cogniciones de la adolescente, las cuales favorecían a las conductas perfeccionistas.

**Objetivo general de la intervención:** a partir de lo mencionado en el párrafo anterior se puede señalar que, el objetivo principal de la intervención es: Reducir las conductas perfeccionistas a partir de la disminución de los niveles de ansiedad.



## CAPÍTULO IV

### Resultados

#### 4.1 Descripción del paciente

Adolescente de 17 años de edad, de complexión delgada, estatura de 1.70 cm, peso de 58 kg, tez morena clara y cabello corto lacio. Se presentó a las sesiones vestida con ropa de bordados típicos de la región y pantalones de mezclilla. Su actitud en las primeras sesiones fue reservada, pero al realizar el proceso de rapport se logró obtener mayor información personal de la paciente, al final del proceso terapéutico se logró mostrar con una actitud cooperativa con la mayoría de las indicaciones que se le dieron.

#### 4.2 Motivo de consulta

Antes de iniciar con las descripciones de las sesiones, es importante señalar, que, por motivos de confidencialidad de los datos de la paciente, se ha tomado la determinación de colocar letras para identificar a los miembros de la familia, los cuales se indicarían de la siguiente manera: La paciente será representada por la letra (M), su hermana gemela por la letra (J) y para su papá y mamá se usarán las palabras padre y madre respectivamente.

La madre refiere que la menor presenta “ansiedad”, lo cual se ve reflejado en su toma de decisiones, actualmente la paciente no sabe si continuar realizando actividades y una carrera en la música o iniciar una licenciatura en alguna universidad. Con respecto a esto se señala que, la paciente constantemente cambia sus expresiones verbales con respecto a la carrera que quiere estudiar, ha mencionado la posibilidad de las siguientes áreas de estudio o grados: fotografía, psicología, turismo, antropología, musicología, entre otras. Esto ocasiona mucha preocupación en sus padres ya que no logra tomar una decisión concreta, provocando que al menos en el ciclo

escolar en el que se realiza el proceso terapéutico la paciente no lograra inscribirse a alguna institución para continuar con sus estudios.

La paciente tiene una hermana gemela, no son idénticas, ambas comenzaron a ir a clases de música desde los ocho años de edad, toca el violín y su hermana el piano. La madre decide retirarlas de la escuela cuando ellas pasan a secundaria, por lo que desde ese momento hasta ahora que se encuentran en tercero de preparatoria no han asistido a la escuela.

En casa la madre a pesar de tener estudios universitarios y una maestría es la encargada de realizar actividades en la casa, encargándose de igual manera en el cuidado de sus hijas. El padre, por su parte tiene un doctorado en arquitectura, es profesor de una prestigiosa universidad del estado.

Los padres mencionan que, la paciente de 17 años de edad se ha dedicado a la música desde los ocho años de edad, teniendo como instrumento el violín, ella ha tocado en orquestas de instituciones públicas y la madre señala que tiene un gran nivel en cuanto a interpretación de música clásica. De igual manera refieren que en los últimos meses ha presentado conductas que ellos indican como “síntomas de ansiedad”, ya que le cuesta tomar decisiones cuando se le presentan algunas alternativas u opciones a alguna actividad, así como elecciones que tengan que ver sobre su futuro como lo es la elección de carrera profesional.

M tiene una hermana gemela que de igual manera asiste desde la misma edad a clases de música. Los padres, al observar que ambas tenían buenas capacidades al realizar los ensayos deciden retirarlas de la escuela al finalizar el sexto año de primaria, por lo que ambas han recibido educación secundaria en casa y estudios de preparatoria en línea.

## Sesión 1

Acuden madre e hija puntualmente a la sesión. Permanecen sentadas en la recepción sin emitir comunicación entre ellas. Mientras esperaban en recepción se observa a la madre escribiendo en una computadora portátil de su propiedad. Se realiza el saludo, primeramente, a la madre y posteriormente a la paciente (Ambas se levantan para realizar el saludo). Se les indica que la primera en entrar a la sala sería la madre, La paciente toma asiento y nos dirigimos a la sala.

Se realiza el llenado de los formatos de confidencialidad y se leen los derechos y obligaciones del paciente que se implementarán durante el transcurso de las sesiones que se lleven a cabo en la institución. Se le pregunta sobre las dudas de la información proporcionada, a lo cual responde que toda la información brindada fue entendida con claridad.

Se corrobora la información contenida en el motivo de consulta, la madre indica que M tiene 17 años de edad, tiene una hermana gemela, actualmente estudia en la preparatoria en línea, además señala que desde que salieron de la primaria no han asistido a la escuela, en un principio ella le daba clases a sus hijas en casa, con lo que menciona que todos obtuvieron beneficios, a partir de la preparatoria deciden inscribirla en un principio a la preparatoria abierta, pero posteriormente comienzan a estudiar en línea.

La madre indica que la principal problemática por la cual considera importante que su hija asista a proceso terapéutico es el hecho de la falta de decisión de su hija con respecto a la elección de carrera, ya que ha tenido mucha confusión. Durante este tiempo no logró elegir una carrera universitaria, con lo cual perderá el año escolar, atrasándose un año en sus estudios.

De igual manera, ha tenido dificultades para adaptarse a sus clases de violín y ha pensado dejarlas, a esto se realizan las siguientes preguntas:

Terapeuta: *“¿Desde qué edad toma clases de violín?”*

Madre: *“Desde que tenía ocho años de edad.”*

T: *“¿Cómo es que ella toma clases desde los ocho años?”*

Ma: *“En un principio su padre y yo buscábamos alguna actividad que hicieran además de clases, primero las metimos a clases de natación, eran muy buenas y parecía que les gustaba, pero posteriormente decidimos meterlas a ajedrez y finalmente a clases de música “*

T: *“¿Ella eligió ese instrumento?”*

Ma: *“Sí, ese es el que más le gustó, así que se le compró todo lo necesario para que pudiera asistir a sus clases”.*

T: *“¿Ambas tocan el mismo instrumento?”*

Ma: *“No, su hermana J toca el piano”.*

Posteriormente la madre indica que M tiene dificultades para relacionarse con otras personas de su edad, evita interactuar con ellas o lo hace muy poco, esto debido a que en palabras textuales: “M no acepta que los demás son diferentes”, indicando de esta manera que puede tener una personalidad algo rígida. De igual manera se indica que tiende a preocuparse demasiado, encerrarse en su cuarto y evadir situaciones en casa, como al hablar de algún tema que para ella no es adecuado, levantándose de la mesa y yendo a su cuarto.

Por otro lado, la madre indica que ya ha estudiado una carrera y un posgrado, actualmente es ama de casa, es importante señalar que, al decir esto ella baja la cabeza y cierra los ojos,

denotando tristeza, quizás por no estar trabajando o haciendo lo que a ella le gustaría. Comenta que el padre ha estudiado doctorado en arquitectura, y se encuentra trabajando en una universidad privada como docente.

Una vez recabada la información pertinente sobre la percepción de la madre sobre la problemática principal se procede a retirar a la madre de la sala y señalarle a M que pase a la sala para realizar el mismo procedimiento con ella. M se levanta de la silla de la recepción y pone sus manos en sus labios, se dirige a la sala, no realiza contacto visual con el psicólogo mientras nos dirigimos a la sala, al entrar ella elige la silla en la cual se sienta, M se ve físicamente menor a su edad, además, su forma de vestir y su comunicación verbal y no verbal hacen aparentar que es una niña de 13 o 14 años de edad. Se hace la presentación terapeuta-paciente, y se le indican las reglas generales de la sala. Ella permanece sentada de una forma rígida y mira ligeramente cuando se le señalan algunas partes de la sala. Se comienza a establecer rapport mencionándole características sobre su ropa, se le indica que los tenis que lleva son muy cómodos (usaba unos converse color negro). Se le cuenta que durante la etapa de secundaria y preparatoria el psicólogo usaba unos iguales, hasta que quedaron de color café por lo sucio que estaban, ella sonríe al escuchar esto. Se le pregunta sobre el motivo por el cual asiste a proceso terapéutico, a lo cual ella responde que es debido que no logra elegir una carrera la cual estudiar, en un principio quería estudiar violín (musicología) pero al preguntarle a sus maestros llegó a la conclusión de que no era lo adecuado a partir de lo cual les ha planteado la posibilidad a sus padres de que comience una carrera universitaria. En un principio indica que les sorprendió la noticia, pero que luego hablaron con ella y le señalaron que mientras ella tenga algo concreto puede elegir lo que quiera estudiar.

Menciona que no asiste a la escuela desde que cursó el sexto de primaria, a ella y a su hermana las retiraron debido a que si asistían no iban a poder realizar sus actividades de música. Ella escucha música clásica y grupos que le interesan a sus padres. Cuando se le indica que el psicólogo escucha este tipo de música, no muestra felicidad, sino que se muerde los labios y encoje los hombros. Dice que a ella le hubiera gustado seguir yendo a la escuela durante la secundaria y prepa, pero que piensa ahora asistir a la universidad ya sea en neurociencias, fotografía o psicología, todas ellas con personas de su edad, aunque instantes después dice que estudiará en línea la misma carrera que estudia su madre en la UNAM.

De igual manera M señala que ha llorado de manera frecuente, en especial en sus clases de violín ya que, al ser un nivel alto en la academia a la cual asiste la presión es muy alta por parte de los profesores, los cuales les gritan de manera frecuente. A partir de esto M decide decirles a sus padres que ya no quería asistir y comienzan a llevarla a una academia cerca de su casa.

Con esta información se da por finalizada la primera sesión. Ella sale y se sienta en la recepción, su expresión cambia de una sonrisa ligera a tristeza, baja la mirada y espera que su mamá le indique que ya se irían. Se toma nota de la importancia de observar si esta conducta se repite a lo largo de las siguientes sesiones, en caso de ser así, y una vez establecido el rapport, se debe cuestionar sobre lo que pueda estar ocurriendo.

## **Sesión 2**

Observación en recepción: Madre e hija se sientan juntas, pero no hablan, la madre usa la computadora y M ve hacia el suelo, mientras se muerde el labio inferior, el psicólogo saluda a la

madre, la cual sonríe sin dejar la computadora. Se saluda a M y se le indica que pasaremos a la sala. Se sienta del lado de los juguetes, como lo hizo en la sesi3n pasada.

Se le pregunta c3mo se encuentra, a lo que ella responde que bien, sin decir ninguna otra palabra se mantiene callada, pareciera estar tensa durante la sesi3n, por lo que se procede a señalar que tome alguno de los juguetes o juegos de mesa que se encuentran en la sala, tarda en elegir, después de 4 minutos se procede a darle las características de cada uno de los juegos de mesa, a pesar de esto M tiene dificultades para decidir, por lo que se le indica que se tomar  el juego de ranas saltarinas, el objetivo era observar la toma de decisiones al tener varias opciones de movimientos. Al principio no se ve motivada a jugarlo, pero después de pasar algunos niveles comienza a tener interés, esto se ve reflejado en que, a pesar de fallar observa el tablero reinicia el juego e intenta otras opciones de movimientos.

M señala que le gustaría dejar de sentirse triste, ya que dice que existen momentos en los que se siente con ganas de llorar, como cuando su maestro de violín de la academia a la que asistía le gritaba, pero ahora que asiste a la nueva academia de igual manera le dan ganas de llorar a pesar de que le habla de forma amable. (Parece que es más por el hecho de que al fallar en algún momento o al darle alguna retroalimentaci3n M siente que no es lo suficientemente competente). M remarca en repetidas ocasiones que sus padres han estudiado mucho, su padre tiene doctorado y su madre se encuentra estudiando su segunda carrera.

Es probable que quiera complacer a sus padres o que ella sienta que si no logra lo mismo que ellos han logrado (Académica y profesionalmente) no llegar  a sentirse satisfecha. Se comienza a plantear la hip3tesis de que presencia de Ansiedad es debida a la presencia de un posible perfeccionismo, esto debido a que señala que en ocasiones no realiza sus ensayos de violín, aunque ella dice que no se da cuenta de la raz3n por la cual no lo hace.

De igual manera señala que no tiene facilidad para hacer amigos o relacionarse con los demás, un factor principal es que no ha asistido a la escuela desde que dejó la primaria, con lo que ella menciona que interfiere con la posibilidad de interactuar con más personas.

M sonrío en varias ocasiones durante la sesión, pero regresa a su seriedad de manera constante, es como si tuviera mucha intermitencia en sus emociones, a pesar de hablar de lo mismo en ocasiones pone expresión de tristeza o se muerde el labio cuando se habla de temas que pudieran causarle preocupación o recuerdos de momentos de tensión.

### **Sesión 3**

Observación en recepción: Al ir a la recepción se observa que M se encuentra sentada sola, se le pregunta sobre la madre y dice que tuvo que ir a asuntos laborales, sin embargo, en la entrevista inicial dijo que no laboraba.

Se realiza Test del Rosal: Previamente se le muestra como respirar a lo que ella dice que ella sabe hacerlo, ya que en música les enseñan, lo dice en un tono amable, al hacer la práctica no se escucha cuando sopla el aire hacia afuera, por lo que se le indica nuevamente como respirar correctamente, se le lee la historia de rosal, la cual es la siguiente:

*"Siempre respirando a compás, imagínate que eres un rosal.... Fíjate ¿cómo es tu tronco ¿es grueso? ¿Es delgado? ¿es normal tu tronco?... ¿qué color tiene? ¿es verde? ¿es café? ¿es liso o tiene espinas? ¿Está sano?... Sigue respirando profundamente..."* Ahora baja por tu tronco y fíjate a te cómo son tus raíces ¿Son abundantes esas raíces? ¿Son gruesas o delgadas? ¿Tus raíces son profundas, son superficiales?... Sigue respirando profundamente... "Deja tus raíces por un momento.... sube de nuevo y mira cómo son tus hojas ¿Tienes hojas?... ¿Son muchas o son



*pocas?... ¿Tienes rosas?... ¿Son flores maduras o son botones?... ¿Qué colores tienen tus rosas? "Sigue respirando profundamente..." "Ahora mira a tu alrededor... ¿Dónde estás ubicado?... ¿Hay otras flores o plantas a tu alrededor?... ¿Estás cerca de alguna casa? ¿Estás en una plaza o calle? ¿Hay animales o personas cerca tuyo?... ¿Son amables contigo o preferirías que estuvieran lejos?"*

Durante la lectura, mientras mantenía los ojos cerrados M mordía en repetidas ocasiones su labio inferior, en especial cuando se le decía que continúe respirando profundamente, lo cual puede indicar que quizás pensaba que no lo estaba haciendo de forma adecuada ocasionando que se pusiera ansiosa. De hecho, en algunas ocasiones puso sus manos debajo de sus piernas y se inclinaba hacia adelante, poniendo el cuerpo de manera rígida. Al finalizar se le dice que dibuje el rosal que imaginó, hace muecas y tarda en iniciar el dibujo. Menciona que no es original porque hará algo parecido al principito el cual es uno de sus cuentos favoritos, comienza a dibujar la rosa, sigue con el tronco y luego pone algunas espinas en el tallo. Dibuja la rosa sobre una luna, la cual al observarla parece que se encuentra aislada y solitaria. Se le indica que realice una historia en la parte posterior de la hoja a lo cual pone: “Es un rosal que ha quedado varado en medio del espacio exterior”.

Al dibujarlo en la luna se puede interpretar que M se encuentra más en la zona de fantasía, debido a que dibuja sobre la luna, sin embargo, al hacerlo al centro de la hoja se puede decir que piensa en asuntos que se encuentran en el presente.

Al hablar un poco con ella en el resto de la sesión indica que siente que no puede tener amigos porque a nadie le interesa hablar de los temas que a ella le parecen importantes, como por ejemplo al realizar algún juego sobre adivinar las canciones los demás eligen música actual como lo son los géneros de reggeton o Trap, lo cual a ella no le incomoda tanto, el problema menciona

que es debido a que ellos no aceptan jugar con música clásica, a la cual llaman: Música rara y anticuada.

Se le pregunta sobre sus padres, a lo cual dice que no le prestan la atención que ella quisiera, en una ocasión M se sentía enferma del estómago con lo cual acudió a su padre para pedirle algún medicamento y cuidado. El padre le dijo que ella busque la solución en internet. Al decir esto ella comienza a llorar, no es un llanto profundo, únicamente le salen algunas lágrimas y trata de contenerse, se seca las lágrimas y continúa diciendo que le gustaría que sus padres le prestaran mayor atención.

Durante la sesión M habla con un tono como si fuera una niña pequeña, sonríe y mueve sus manos cuando trata de dar explicaciones. Es importante que en sesiones próximas se le pregunte sobre la razón por la que muerde su labio.

Se le pide que la siguiente sesión lleve su violín y se indagará sobre su gusto sobre la música.

Al salir la madre no se encuentra en la recepción, ella vuelve hacer un cambio de expresión de sonrisa pasa inmediatamente a una expresión de tristeza al sentarse en la silla.

#### **Sesión 4**

M espera en la recepción con su violín, su madre trabaja en la computadora, se saluda a la madre y posteriormente a ella, la cual se encuentra leyendo una revista. Se le indica que

pasaremos a la sala y toma su violín. Durante el camino antes de entrar no dice ninguna palabra, se limita a responder con gestos, como movimientos de cabeza.

Menciona que desde los ocho años comenzaron a ir a clases de música, ella eligió su instrumento porque en una ocasión observó como otra persona de una orquesta lo tocaba. Ella disfrutaba mucho ir a los ensayos a pesar de que siempre ha estado en un ambiente de alta presión, porque dice ella que sus maestros son rusos y exigen una perfección increíble cuando se trata de dar un concierto. Ha recibido insultos como: “Es normal que fallen porque son tercermundistas” o “ustedes no tienen nivel”. En ninguna de sus expresiones verbales y faciales refleja que le agrada el asistir a la academia de música.

M cree que actualmente no está disfrutando la música, siente que es mucha presión y que siempre tiene que hacerlo mal, ella menciona: “Todos dicen que toco bien, pero yo creo que cometo muchos errores y no lo hago perfecto”. Se le pregunta sobre si el hacer su propia música o estar en un grupo de música le haría sentir de mejor manera, a lo que ella responde que no, que a ella le gusta la música que hace.

Saca el violín por instrucciones del psicólogo, lo observa y duda en darlo ya que dice que tiene que estar limpio, pero dice: “de todos modos está sucio, no lo he limpiado”. Es su tercer violín, los dos primero ya le quedaban pequeños, se le pregunta si puede tocar algo, a lo que ella responde que no, no dice las razones y vuelve a poner el instrumento en el maletín.

Posteriormente se exploran temas relacionados con la interacción que tiene con los demás, ya que señala que se le es complicado tener amigos, únicamente considera a dos de ellas, una que conoció en un campamento de verano de música y otra que conoce desde la primaria, casi no sale de ellas, únicamente habla con ellas por teléfono. No se lleva con más personas ni

intenta interactuar con ellas, esto debido a que, si observa que alguien toma, fuma o insulta inmediatamente lo descarta como amigo, se le plantea la idea de que alguien la apoyara mucho, la escuchara y tenga temas de conversación similares pero que insultara, ¿Sería su amigo? Ella contesta que no, y muestra expresiones de incomodidad.

Al mencionar que le gustan temas relacionados con las injusticias y situaciones que ocurren en el mundo, se debate con ella las situaciones que ocurren en Siria, se logra tener una amplia conversación con ella sobre ese tema, M indica que en ocasiones se le hace difícil hablar estos temas con las personas de su edad, a lo cual dice que habla con uno de sus peluches favoritos llamado patito, el cual es un conejo de felpa, con el debate y llega a conclusiones de lo que sucede, pero en ocasiones no está de acuerdo con él.

Se termina la sesión y se le indica que la siguiente sesión asistirá su madre. Llega a la recepción, la madre está acostada durmiendo en las sillas, M le toca el hombro y se sienta. Nuevamente cambia su expresión de sonrisa a una expresión facial de tristeza. Una vez establecido el rapport se pasará a realizar preguntas un poco más directas.

## **Sesión 5**

Se cita a la madre para realizar una sesión de revisión del panorama en la que actualmente se encuentra M, y obtener información sobre algún posible cambio. La madre a lo largo de la sesión indica lo siguiente:

M sigue teniendo dudas sobre qué hacer sobre su vida, en especial sobre que quiere estudiar. Ha pensado en opciones como neurociencias, fotografía, psicología o seguir con la música, en una ocasión le dijo a su mamá que ya no seguiría yendo, por lo que la madre señala que le dijo: “Sí ya no vas a ir déjame el violín aquí y devuélvelo, además vas a decirle a tu

maestro que esta será tu última sesión a la que asistirás. Al llevarla a la práctica la madre dice que habló con su maestro respecto a no regresar a las prácticas, al salir le comenta el profesor que logró convencerla para que siguiera en la orquesta.

La madre indica que tiene temor de que su hija no quiera seguir asistiendo solo porque se le hace difícil, ya que cree que al dejar la música su hija estaría desperdiciando un gran talento.

En cuanto a las diferencias entre su hermana gemela y la paciente, la madre comenta que cuando eran pequeñas pensaban que la primera previamente mencionada era “retrasada”, ya que no podía comprender muchas cosas de la escuela, a partir de esto a los ocho años de edad se le aplicaron pruebas de inteligencia (No supo dar los nombres de las pruebas que se le aplicaron). Salió con inteligencia por arriba del promedio. A lo largo de la primaria muchos de los profesores mencionaban que las niñas tenían dificultades para escribir, posible dislexia, problemas en el lenguaje, cuando dice esto la madre suspira y dice que estaba harta de que esto sucediera. Se indaga si esta es la razón por la que optaron por llevar la secundaria en homeschool, a lo que ella responde que no, aunque posteriormente indica que no estaban de acuerdo con el sistema educativo del gobierno. Entre sus hijas señala que M siempre había hecho lo que se le dice, por lo que se plantea la hipótesis de que ahora, por el hecho de no hacer lo que ellos planean para su vida se sienten amenazados.

Sobre el papá: La madre indica que el padre cumple la función de proveedor, lleva dinero a la casa, pero es muy poca la atención que le da a las niñas, refiriéndose a sus hijas. Él es arquitecto y cumple horarios como docente en una universidad, ella dice en repetidas ocasiones que lo ve como autorrealizado. Llega a casa y en ocasiones se están contando temas que han ocurrido en casa, y él se muestra distraído y desconcentrado, como si no prestara atención a nada de lo que se le ha dicho. Esto también le ocurre a M, muchas veces se observa distraída, la madre menciona

que tiene dudas sobre si tiene autismo, a lo que se le menciona que no se han observado rasgos que hagan reflejar este trastorno y que las características de su hija no refieren a una persona que tenga autismo.

M ha asistido a dos o tres psicólogos previamente a los cuales la madre dice: “Se lo come”, haciendo referencia a que al ser ella muy inteligente logra girar las situaciones, le dice a la madre que no le agrada y dejan de asistir. Cuando la retiraron de la escuela en sexto año de primaria M le dijo a su madre: “Me echaron a perder mi vida” “Ahora quien va a decir que tuve mi título, van a creer que no estoy estudiando”.

Se indaga sobre la idea que tiene sobre sus amigos e indica que ella casi no sale, ni ha tenido interés por convivir con otras personas, debido en gran medida a que no tolera las diferencias de los demás, concuerda con lo que dice M en sesiones pasadas sobre el hecho de fumar, tomar o insultar.

## **Sesión 6**

Se realiza la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de MILLON, con el objetivo de obtener puntuaciones que reflejen la posible presencia de ansiedad o distimia. Contesta los reactivos preguntando en algunas ocasiones al terapeuta sobre alguna duda referente a la forma en la que estaban planteadas las preguntas que se le realizaban en el inventario. Se observa una tendencia a sobre pensar los que lee, ya que se pudo notar que se mantenía en la misma pregunta, o borraba en algunas ocasiones una respuesta que ya había colocado.

Al finalizar M señala que le pareció muy largo, y que muchas de las preguntas se repetían. Durante la aplicación M se muerde constantemente el labio, conducta que refleja posible presencia de ansiedad.

Al finalizar el llenado de la hoja, M señala que esta semana uno de sus compañeros de orquesta falleció, no sabe de qué murió, pero dice sentirse muy triste ya que se sentaba junto a él cuándo realizaban algún concierto por parte de la orquesta. Lloro al contarlo, se le pregunta sobre lo que le dijeron sus padres, ella señala que logró sentir calma con lo que ellos le dijeron. Ella piensa que su amigo ahora es energía que circula por el mundo, esto a pesar de tener una educación católica, dice que esto le produce mayor calma ya que piensa que aún sigue con ellos y que esto influye en cada uno de los que conforman la orquesta.

## **Sesión 7**

Menciona que se siente preocupada y triste porque siente que no le sale bien nada de lo que hace en la orquesta, esto a pesar de que todos lo que la rodean le indican que lo hace excelente. M relata que en varias ocasiones sus maestros le dicen que realiza los ensayos de buena manera, la felicitan, pero seguidamente o instantes después le dicen que lo ha realizado de manera incorrecta, con lo cual ella piensa de forma constante cual de la información que le brindan es la verdadera. Se le debate la idea de que quizás es probable que al estar en un ambiente de tensión en la cual su profesor debe cumplir con cierta calidad, se sienta tensionado, y al estar tensionadas muchas personas no logran comunicarse de manera correcta ya que no controlan lo que piensan o dicen a los demás, ella debate de manera constante esta idea, por lo que se le plantea la siguiente idea:

T: *“Imagina que tú te encuentras en un concierto, y todo sale bien y te felicitan 99 personas, las cuales además te dicen que has tenido un desempeño espléndido, pero llega una persona que te dice que lo hiciste mal. ¿A qué le darías mayor importancia?”*

M: *(Riendo) eso no pasa.*

T: *¿A qué te refieres?*

M: *Sí, me refiero a que es imposible que me salga bien, son piezas musicales muy difíciles”*

T: *Bueno, imaginemos que sucede de esta forma. ¿Qué pasaría? ¿Le harías caso a las 99 personas que dijeron que tuviste un muy buen desempeño o a la única persona que te dijo que lo hiciste mal?*

M: *Pues... (después de una larga pausa), creo que al que dijo que está mal, porque por algo lo está diciendo.*

T: *¿Te das cuenta que le das mucho peso a las percepciones que tienen los demás?*

M: *(Se toma de la cara, haciendo como una expresión de desesperación) Sí, pero no sé por qué me pasa eso, pero me importa mucho cuando me señalan que hice algo mal, y me hace sentir triste.*

T: *¿Esto ocurre con cualquier tema? Como, por ejemplo, el hecho de que tus padres te digan algo sobre tu ropa o tu peinado ¿o únicamente ocurre con la música y tu buen desempeño al tocar el violín?*

M: *La verdad es con muchas cosas, pero más con la música.*

T: *¿podrías mencionarme algunas de esas cosas que te causan preocupación?*



M: *mmm... (Después de pensarlo unos segundos). No sé, creo que es un poco como que me gustaría que mis papás me escucharan más, siento que cuando yo hablo de un tema que me gusta ellos suelen reírse, o por ejemplo en ocasiones pienso que mi madre se enoja conmigo.*

T: *¿Te ha dicho que está enojada?*

M: *No, pero siento que trata de disimularlo, y no me dice que está enojada conmigo.*

Durante el resto de la sesión se habla sobre la atención que el padre tiene hacia los demás miembros de la familia, obteniendo como resultado percepciones sobre una pobre atención del padre hacia las necesidades emocionales de M, su hermana y su madre. Muchas veces llega del trabajo y realiza expresiones verbales negativas sobre las personas “Que no se encuentran a su nivel”. M indica que su padre se burla de sus alumnos, y los menosprecia, esto ocasiona que piense que lo mismo ocurre con sus maestros, es decir que los profesores de la orquesta se ríen a sus espaldas, o le dicen que lo hace bien cuando en realidad no es de esa manera.

M sonrió muchas veces durante la sesión, se observa más comunicativa y abierta, quizás por el tipo de preguntas que se realizaron, las cuales se enfocaron en indagar sobre sus percepciones, además de mezclar e interconectarlas con las emociones que le ocasiona. Se puede observar cierta rigidez en cuanto a su forma de pensar, si no es como ella quiere se suele estresar, y evita enfrentarse a la situación.

## **Sesión 8.**

Al observar durante la sesión pasada que M logró expresar mayor número de emociones a partir de la confrontación de las ideas irracionales sobre su desempeño, se plantea la idea de realizar una intervención cognitivo conductual, la cual favorezca la expresión emotiva y

disminuya la presencia de rumiaciones e ideas irracionales sobre las percepciones que tiene de los acontecimientos que le ocurren.

Se realiza educación en el modelo cognitivo conductual, el cual se selecciona a partir de la realización de las pruebas, debido a que se detectan síntomas y signos que reflejan la presencia de perfeccionismo, lo cual afecta en gran medida su desempeño en las actividades que realiza. Este perfeccionismo está actuando de varias formas, en primer lugar, presenta autoexigencias, las cuales van dirigidas hacia sí misma y de igual manera hacia los demás, ya que, indica que no puede tener amigos ya que no hay nadie con quién pueda hablar temas de su interés, sin embargo, se puede notar que tampoco ella favorece la interacción ya que le frustra cuando las personas escuchan algún tipo de música o tienen un lenguaje que a ella no le parece el adecuado, como por ejemplo el uso de insultos, descartando de esta manera la posibilidad de comenzar algún tipo de amistad con ellas. Durante la sesión señala también que, al realizar sus ensayos en la orquesta y sentir que comete algún error, vienen a ella pensamientos de que a partir de ese momento todo saldrá mal, provocando preocupación y teniendo pensamientos catastróficos en las cuales sus compañeros y maestros se burlarían de ella. Esta tensión genera frustración, culminando en que al finalizar los ensayos no hable con nada, vaya directo a casa y se encierre en su cuarto, evitando también la interacción con sus padres.

Señala algunas ideas centrales que se encuentran cuando ella comete algún “pequeño error” cuando se encuentra ensayando en la orquesta:

Evento (A): fallar en alguna nota durante el ensayo.

Pensamientos (B):

- Está mal fallar.

- No debo estar en la sección en la que me pusieron (ella cree que no tiene el nivel).
- No aprendo nada de lo que me dicen los maestros.
- Siento que no está bien la forma en la que estoy estudiando.

Consecuencias o conducta (C):

- Abandono del estudio de violín.
- Fallar más notas.
- Rumiación.
- Sudoración en las manos.
- Desvalorización.

Se debaten estas ideas, las cuales, en la mayoría de las ocasiones logra percatarse de que no existen evidencias sobre los pensamientos que ella expresa, sin embargo, sigue creyendo que no puede realizar las actividades, que todo lo realiza mal y que no tiene la capacidad para lograr sus objetivos. El logro obtenido durante esta sesión es observar que ella puede darse cuenta, es decir está consciente de la problemática y de los pensamientos que tiene, permitiendo de esta forma una mejor conceptualización del caso. Una vez explicado el modelo, se procederá a debatir las ideas irracionales, además de flexibilizar su pensamiento, el cual parece ser dicotómico, las cosas están bien o están mal, no hay un término medio.

## Sesión 9

Al dirigirse a la recepción se puede observar como madre e hija no interactúan, cada una se encuentra leyendo una revista. Se solicita que la primera en pasar a la sesión sea la madre, ya que se deben comunicar algunas de las actitudes, emociones y conductas que la paciente ha comunicado en las últimas sesiones; por otro lado, al mencionar aspectos relacionados con su padre, se pretende sugerirle los beneficios que trae el que él asista a una de las sesiones para poder indagar su perspectiva con respecto a la forma de relacionarse y ser de su hija. La madre señala que, los horarios de su esposo impiden que asista a cualquier horario, por lo cual se le indica que podríamos poner la cita en una fecha y hora en la cual él pueda asistir, recalcándole en todo momento el papel fundamental de que asista, en beneficio de que se logre una mejora en su hija.

Se le comunican los resultados de las pruebas a la madre, mencionando que se encontró un alto nivel de ansiedad y distimia en su hija, lo que haría pensar que es probable que presente algún trastorno relacionado con éstas. Se le indica que, de igual manera esto afecta en su decisión de una carrera, ya que piensa en tantas alternativas, pero ninguna resulta ser la indicada, ya que tiende a pensar que puede fallar, lo cual para ella sería una situación de aún más tensión.

La madre al escuchar esto, indica que, se encuentra preocupada, ya que ella presentó sintomatología depresiva cuando sus hijas se encontraban en la primaria y secundaria, el psiquiatra le recetó medicamentos, pero la madre, al enterarse de esto señala que escribió documentos y apeló por no consumirlos, menciona que tuvo que recabar muchas firmas para poder evadir el consumo de los medicamentos. Desde esta perspectiva se pudieron obtener dos informaciones que resultan clave, la primera el hecho de que, es probable que la madre presente un pensamiento rígido sobre ciertas áreas de su persona, ya que el tener sintomatología depresiva, significaría para ella el fallar y no ser “perfecta” esto debido a que en repetidas

ocasiones realiza la siguiente expresión: “Al ver que yo estaba así pensé en que no es posible, yo debería poder superarlo sola”. En segundo lugar, se puede suponer que M haya aprendido este tipo de conducta rígida en casa, y que la madre le exija un desempeño excelente en las actividades que realiza.

Para finalizar se llega al acuerdo de que padre asista la siguiente sesión para hablar sobre la percepción que ella tiene de las emociones y conductas de M.

Se solicita que M entre a la sala, se realiza el siguiente diálogo:

Terapeuta: *¿Cómo te encuentras?*

M: *(Mira hacia arriba y hace expresión de fastidio) Bien.*

T: *¿Tuviste ensayo esta semana?*

M: *Sí.*

Al observar que respondía de forma breve, se procede a realizar preguntas que permitan respuestas más largas.

T: *Cuéntame sobre tu ensayo.*

M: *La verdad creo que me fue muy mal, no me supe la pieza y me salía todo fuera de ritmo, además la melodía no es la que yo quería que me saliera. Me estresé y pensaba en que quería bajarme y salir del ensayo. De hecho, llamé a mi mamá para que me fuera a buscar, pero me dijo que realizara mis respiraciones para relajarme.*

T: *(Con tono de sorpresa) ¿Le llamaste a tu madre durante el ensayo?*

M: *Sí... bueno, no durante el ensayo obviamente (realiza expresión y movimientos como dando a entender que no es lógico que llamara durante ese tiempo, ya que está tocando), tuve que esperar a que hubiera un descanso.*

T: *Y... Cuéntame, qué ocasionó que quisieras llamarle.*

M: *Sentía que me estaba yendo muy mal en lo que hacía y prefería irme a casa.*

T: *¿ese sentimiento fue muy intenso?*

M: *Sí... tenía muchas ganas de llorar de que no me salga bien, sentía que todos me estaban viendo. De hecho, traté de ir a algún lugar para llorar, pero no había un lugar para hacerlo, tuve que irme a un rincón muy escondido, me acosté sobre unos bultos y me quedé dormida, hasta que una de mis compañeras me encontró y me dijo que ya habían llamado para regresar al ensayo.*

T: *¿Entonces llamaste a tu mamá y te dijo que no va ir por ti?*

M: *Sí, me dijo que respirara y me relajara.*

T: *¿Cómo te sentiste cuando te dijo eso?*

M: *Terrible, porque no quería estar ahí, quería salirme.*

T: *Oye, ¿pero todas estas emociones que surgieron fueron a partir de que cometiste un error?*

M: *Bueno, uno, que luego hizo que se convirtieran en varios (comienza a morderse los labios y encorvarse en el sillón).*

T: *Y qué crees que ocasionó que cometieras más errores.*

M: *No sé, no tengo ni idea.*

T: *Yo podría decirlo así, dime si se acerca a la realidad o no tiene nada que ver con lo que sucedió. Pareciera que trataras de dar todo tu desempeño, te estás esforzando, pero el tener alguna falla, hace que te tensiones y vengan muchos pensamientos a tu cabeza.*

M: *Sí, es que creo que no soy buena y que me van a decir que no lo hago bien.*

T: *Bueno desde esta perspectiva te puedo decir lo siguiente, cuando nuestra mente se llena de pensamientos, en este caso pensamientos negativos, ocurre que nuestro cuerpo se tensiona, y al tensionarse nuestros músculos se mueven de forma diferente, esto puede estar ocasionando que no puedas moverte con tanta facilidad como tú lo quisieras.*

M: *(baja la cabeza y comienza con sus manos a quitar algunos hilos que se encuentran en el sillón, como si tuviera que descargar emociones contenidas). Creo que sí pasa de esta forma, es posible.*

Esta sesión creó una mayor concientización sobre la conexión entre los pensamientos, emociones y conductas, M notó que los pensamientos intrusivos ocasionan que cometa errores, de forma más continuada. Se le esquematiza que existe un tipo de cadena en donde, si comete un error, sus miedos y pensamientos negativos salen a flote, repercutiendo en que ella cometa aún más errores, entonces ocurren dos cosas, mayor tensión y el querer abandonar la situación para no exponerse.

## **Sesión 10**

Acuden padre, madre y M a la cita, mientras permanecen en la recepción no se dirigen ninguna sola palabra, M se encuentra acostada en una de las bancas y los padres en otra sentados, viendo hacia el frente. Al dirigirse a ellos se realiza la presentación con el padre, se saluda a la madre y a M y se les indica que el primero en pasar sería el padre.

El padre lleva una camisa polo, pantalón de mezclilla, además usa lentes. La primera impresión que se tiene de él es que no es un padre estricto, pero tampoco que se preocupara mucho por lo que ocurría.

El padre espera que se le abra la puerta para poder entrar a la sala, pregunta en el lugar en el cual sentarse, a lo cual se le indica que él podía elegir, decide sentarse en el que es un poco más amplio y es considerado como el que le pertenece al paciente. Se realiza una presentación, y se le comunican algunos resultados de las sesiones que se han realizado con M. Se le pregunta sobre la percepción que tiene sobre su hija. A continuación, se presentan algunos de los datos más importantes, se realizó psicoeducación y se sugirieron algunas alternativas en su forma de actuar, con el objetivo de mejorar y reducir el estrés presente en M.

*T: ¿Cuál considera que es la principal razón por la que M necesita proceso terapéutico?*

*Padre: Bueno, considero que lo principal es porque no ha podido elegir una carrera, piensa mucho sobre eso. En cambio, por ejemplo, su hermana ya está estudiando, creo que eso le causa un conflicto porque quizás siente que se está atrasando.*

*T: A lo largo de las sesiones que he tenido hasta ahora con M, se han observado conductas que pueden reflejar un alto nivel de ansiedad y algunos aspectos relacionados con sentimientos de tristeza. Ella ha señalado que su principal preocupación es tener un buen desempeño en la orquesta, el no hacerlo ocasiona que se tense, pero no solo ocurre en ese momento, sino que, esta ansiedad está provocando que no logre elegir una carrera, es como si tuviera que pensar en muchas opciones por miedo a que se pueda equivocar. Para M las cosas se presentan como buenas o malas, y si ella comete un error es como si de esta forma ella no estuviera cumpliendo con las expectativas que tiene de ella. Esto genera que se sienta frustrada, tensionada y el resto*



*del día no tenga ánimos de realizar alguna actividad, por lo cual se encierra en su cuarto. ¿ha notado alguna de estas conductas en casa?*

*Padre: Pues la realidad es que no estoy mucho tiempo en casa, y cuando estoy no existe mucha interacción con ellas (Refiriéndose a su esposa, y sus dos hijas), la que te podría confirmar la información es su mamá. Lo que si he observado es que piensa mucho las cosas, o cuando algo no es como ella quiere, o se hace alguna broma que no le gusta, suele levantarse.*

*T: En este aspecto le ha preguntado, después de unos minutos, ¿cuál fue la razón por la que actuó de esa forma?*

*Padre: Siendo sincero, no lo he hecho, lo que ocurre es que suelo estar muy ocupado durante el día, entonces no tengo mucho tiempo para poder interactuar.*

*T: Pero existen momento en los que realizan actividades padre-hija ¿o es completamente nula la interacción entre ustedes?*

*Padre: No, sí hay interacción, por ejemplo, hay momentos en los que jugamos ajedrez, y pues conversamos, pero no hay tanta interacción o comunicación como esperaría que la hubiera.*

*T: Ajedrez, M me ha comentado de esto, suelen jugar y me dice que usted era muy bueno para este deporte.*

*Padre: Bueno, un poco, pero gracias por mencionarlo.*

*T: M me ha comentado que pasa momentos buenos con usted jugando ajedrez, pero también es importante mencionarle algo que podría ayudar, ella señala que al jugar se siente estresada porque papá (Refiriéndose a él) le dice que movimientos realizó de mala manera, lo cual genera molestia y enojo en ella, ya que le gustaría pasar momentos positivos con usted.*

Padre: *Sí, la verdad es que esto sí ocurre, y pondré mayor atención a las conductas que me mencionas para de este modo poder ayudar a que M pueda tener menos ansiedad y logre elegir una carrera.*

A partir de la sesión con el padre se pudo notar que se muestra cooperativo, pero no logra buscar tiempos para poder relacionarse con los demás miembros de su familia. Nota que ciertas actitudes en casa ocasionan que M tenga niveles de ansiedad elevados, pero no se las atribuye completamente a él. Pareciera que tanto para el padre como para la madre es el hecho de que su hija elija una carrera, aunque existe la tendencia que ambos la dirijan hacia el estudio de la música.

La madre, indica que esta semana M no quiso asistir a sus ensayos, le expresó verbalmente que ya no quiere ir, pero ella indica que es una obligación que debe cumplir, porque no se va a quedar encerrada en casa. La madre recalca en varias ocasiones la frustración y enojo que ocasiona en ella el que M no quiera ir, percibe que de esta forma la está dejando mal ante el maestro de violín. Ella obliga a M a ir a la clase, ya que para ella es importante responder ante las obligaciones que se tienen.

Se le dan resultados sobre las pruebas aplicadas, se le recalcan los síntomas de ansiedad y distimia. La madre dice estar preocupada por esto, debido a que, tiene miedo a que termine como una de sus tías, la cual se comporta de forma muy similar a M y al final se quedó sola y vive de una forma que a ella no le parece una forma correcta. La madre recalca que el dejar la música sería un error ya que desperdiciaría un talento increíble.

**Sesión 11**

Para esta sesión se realiza un cambio de espacio terapéutico, M elige sentarse en el sofá, que queda de frente al psicólogo, menciona que durante la semana que transcurrió las cosas mejoraron un poco, pero que sigue pensando que no hace bien las cosas. Su maestro le dijo que no había ensayado, y le dijo que de no hacerlo no permitiría que entre a las siguientes clases. Ella se muestra preocupada, debido a que, menciona tener la intención de hacer las cosas, pero no logra realizarlas, en un principio hacía ensayos diarios, pero ahora suele hacerlo una vez por semana. Se hace el siguiente debate:

Terapeuta: *“¿Consideras que el no realizar los ensayos te trae algún beneficio?”*.

M: *“No, de hecho, está haciendo que mi maestro me regañe y que mis padres igual”*.

Terapeuta: *“Te voy a plantear lo siguiente y tú me vas a decir si ocurre de esta forma o no, mira, desde mi perspectiva puede que no realices los ensayos debido a que, el fallar para ti resulta un aspecto importante, si tú fallas es como si te dieran un golpe fuerte al concepto que tienes de ti misma, el cual es el siguiente. Si M falla no es lo suficientemente competente. Entonces es posible que sea un golpe menos fuerte el no estudiar o practicar y fallar, a esforzarte tanto y aun así fallar. Es como si fuera un justificante para no exponerte tanto”*.

M: *“No había pensado en eso, pero creo que tienes razón, siento que me preocupa el fallar y me pone tensa el no hacer las cosas de una forma adecuada”*.

T: *“Pero, ¿puedes notar que el resultado no es para nada positivo?”*

M: *“Sí, porque termino no haciendo nada, y me terminan regañando mi mamá y mi profesor, además de que luego el ambiente en casa se pone tenso”*.

T: *“¿A qué te refieres, con que el ambiente de tu casa se pone tenso?”*

M: *“Es que, cuando no hago lo que mi mamá quiere, en ocasiones noto como si se enojara, no es como que lo diga o lo exprese, pero tiende a cambiar su conducta”.*

T: *“Por ejemplo, si tú no asistes al lugar que tu mamá quiere, ¿suele enojarse y eso termina afectando a tu estado de ánimo?”*

M: *“Sí, me dan ganas de mejor quedarme encerrada en casa, y no interactuar mucho”.*

T: *“regresando al tema que estábamos hablando, como tú dices, las consecuencias de no ensayar, es que tanto tu madre, como tu profesor te llaman la atención o te regañan por no realizar lo que deberías hacer”.*

M: *“Pero, es que también pasa que mi mamá no entiende que ya no quiero ir a los ensayos, por ejemplo, la semana pasada le dije que no quiero seguir yendo, primero me dijo que estaba bien y que era mi decisión, pero después me dijo que debo ir porque ya hice un compromiso”.*

T: *“Entonces ¿ocurre que ni siquiera expresándole a tu mamá lo que quieres deja que tomes tus decisiones?”*

M: *“Sí, no permite que yo elija, y cuando lo hago pienso en que está mal que yo continúe con mi decisión, eso hace que yo dude y quiera seguir yendo, aunque no me guste”. (Sonríe mientras lo dice).*

T: *“Noto que es importante para ti que tu mamá este de acuerdo o no con lo que eliges y que es un aspecto que te detiene o te hace dudar en repetidas ocasiones. ¿Crees que eso ocurre igual con respecto a las diferentes alternativas que tienes con las carreras que quieres estudiar?”*

M: *“En parte sí, pero también es debido a que no sé qué estudiar, es que me gusta todo”.*

T: *“Pero, ¿qué es lo principal que piensas al realizar este análisis sobre lo que vas a estudiar?”*

M: *“En que me permita lograr mis metas”.*

T: *“¿Cuáles son esas metas?”*

M: *“Me gustaría viajar y tener una casa propia”* (Sonríe al decirlo).

T: *“Y de todas las que ya pensaste, ¿con cuál crees que puedas obtener esa meta de viajar y vivir sola?”*

M: *“Yo creo que, con todas, bueno con antropología no estoy segura, ni con psicología, creo que con el violín puedo ir a concursos y podré viajar más”.*

De igual manera se confronta el hecho de que sonríe cuando habla de temas que en un principio parecieran que le causan estrés, a lo que ella dice que es debido a que le da risa como actúan los demás, ya que, la mayoría de las personas se enojan cuando no hacen las cosas que ellos quieren, y en su momento al ocurrir le causan preocupación, pero que ahora que lo cuenta de nuevo le da risa, ya que es tonto lo que sucedió, dándose cuenta que quizás ella también exageró la situación.

En la sesión M se mostró muy comunicativa y participativa, además de hablar de forma más fluida y tocar aspectos de la casa que no había hecho antes, como el enojo de su mamá, o que su hermana J actúa de formas que a ella le estresan. Ahora no se muestra tan tensa, hace mayores movimientos corporales para demostrar sus emociones, y ya no realiza tantas pausas para pensar lo que quiere decir. Por otro lado, se ven disminuidas las ocasiones en las que se toca el labio con los dedos de la mano, esto podría ser un síntoma de que su ansiedad va disminuyendo, y que se siente cómoda de expresar lo que sucede en casa y en sus ensayos.

Sin embargo, M parece dos personas completamente diferentes, cuando está dentro de la sala, suele conversar muy fluidamente, pero al salir, pareciera otra persona, se pone tensa y no habla con el psicólogo, ni se despide de él. Es posible que dentro de su esquema el psicólogo solo puede interactuar con ella mientras se encuentre dentro de la sesión, o incluso puede que la madre sea un factor desencadenante de esta conducta.

## Sesión 12

En esta sesión se pretende debatir ideas irracionales y suposiciones que ella tiene sobre ciertas conductas que tienen las personas que la rodean en su día a día.

Al llegar a la sesión M comenta que ha tenido ensayos durante toda la semana porque tienen un evento el día sábado, ella dice sentirse preocupada sobre el desempeño que tendrá ya que es una pieza muy difícil, aunque instantes después corrige y señala que es una de las piezas que ha tocado desde que era pequeña, pero lo que ocurre es que, su maestro tiene una técnica diferente a la ella aprendió con sus primeros maestros, ante la problemática de que el psicólogo no lograra poder comprender la diferencia entre los estilos, ella explica lo siguiente, comenzando a partir de ese momento un debate sobre lo que pensaba de la situación:

M: *“es como una técnica diferente para tocar, no cambia el sonido. Es más, como la posición de la mano (Muestra cómo poner las manos y el violín sobre su hombro), entonces... por ejemplo con mis maestros rusos se toca como inclinado hacia cierto lado y con ese nuevo es de la escuela alemana, entonces me exige que yo toque de cierta forma, pero cuando no logro hacerlo me pongo tensa, creo que piensa que no tengo la capacidad de hacerlo”.*

T: *“¿Qué te hace creer que piensa eso?”*

M: *“Su expresión en la cara, parece como que estuviera diciendo que no soy buena”.*

T: *“¿Te ha dicho que no eres buena?”*

M: *“No, (Muestra cara de desesperación, pero seguidamente sonrío) lo que pasa es que es como si pudiera suponer que en verdad piensa eso”.*

T: *“¿Y qué te hace sentir cuando él hace esa expresión?”*

M: *“Triste, porque siento que no soy capaz de hacer lo que él me dice. Me desespera el no poder lograrlo, siento que no me sale y debería poder hacerlo, porque llevo muchos años practicando música, debe ser fácil para mí”.*

T: *“¿Te das cuenta que mencionas que deberías hacerlo?, pareciera como si fuera una obligación que supieras hacerlo, a pesar de que es una nueva manera de tocar, la cual no has aprendido. ¿estás practicando en casa?”*

M: *“No, (Sonríe de nueva cuenta), pero me debería salir porque desde los ocho años de edad hago esto”.*

T: *“¿Debería no te suena a una obligación?”*

M: *“mmm...sí”.*

T: *“El ser una obligación y pensar que ocurrirá de esa manera desde la primera vez... ¿No ocasiona que te sientas tensionada?”*

M: *“Pero, es que sí es una obligación, ya debo dominar esa pieza”.*

T: *“Pero fíjate, te voy a explicar desde el área que yo sé que es el futbol y luego lo podemos conectar con las partes de la música. Imagínate lo siguiente: Yo practico futbol desde*

*los 8 años de edad en un equipo de futbol, en el cual su forma de juego se basa en despejar el balón y tirarlo hacia nuestro delantero, el cual recupera el balón y mete gol. En este caso yo estoy acostumbrado a este estilo de juego porque lo he practicado por 8 o 9 años consecutivos, sin embargo, en el futbol se compra a los jugadores y cambian de equipo, imagínate que en este caso llego a un club o equipo en el cual el estilo de juego es diferente. Necesito ir tocando el balón para salir lo más controlado posible, pero yo no logro hacerlo, me desespero, no me acomodo y tiendo a hacer lo que hacía antes, que es despejar el balón, el entrenador y los demás jugadores me regañan porque quieren que yo ya sepa y aprenda el estilo de juego que ellos ya llevan haciendo durante años como equipo. Entonces sucede lo siguiente, me presiono para poder lograrlo y cuando no logro hacerlo me siento como un tonto y un inútil. Y eso que no logro hacer me hace el peor jugador del mundo. ¿crees que es correcto este pensamiento?*

*M: “Creo que no, porque necesitas tiempo para poder ponerte al mismo ritmo que tus nuevos compañeros”*

*T: “Y, cómo podría ponerme al mismo ritmo”*

*M: “Practicando los pases que te dice tu entrenador”*

*T: Muy bien, ahora traslademos eso a la orquesta. No crees que exigirte que tengas un desempeño excelente en este momento es demasiado estricto de tu parte”*

*M: (después de dudar unos cuantos segundos) Pues...pienso que sí, aunque aún siento que debería poder hacerlo, pero considero que tienes razón en la idea que me estás dando”*

*T: “¡Recuerdas que hemos hablado en algunas sesiones sobre los deberías?”*

*M: “Sí sé que hablamos sobre eso, pero no recuerdo mucho” (Ríe momentáneamente)*



T: *“Bueno, mira, un debería suena a una obligación, y eso obliga al cerebro a estructurar esta idea, o lo logro, o soy una persona mediocre, si en lugar de un deberías piensas en un me gustaría, los procesos mentales que logras es que tu cerebro crea la idea de que hay varias opciones, y si no consigues algunas metas que tienes, generas alternativas para poder actuar y de eso modo no pasas por un proceso de sentirte triste. Intenta practicar ahora, diciendo esta frase: En el siguiente ensayo debo tocar como mi maestro. ¿Cómo suena esto para ti?*

M: *“Es que es imposible, no lo voy a lograr”*

T: *¿Y cómo suena la siguiente frase?: “me gustaría que en la siguiente clase pueda mejorar un poco mi técnica”.*

M: *“Suena a que es posible hacerlo si practico, pero no se escucha como si fuera una obligación”.*

El resto de la sesión se exploraron las ideas nucleares que influían en los esquemas mentales que M presenta y las exigencias que se impone al determinar que es una obligación el cumplir con las demandas altas que ella misma se impone. El no cumplirlas repercute en un sentimiento de poca valía al no llegar a los estándares que se traza.

### **Sesión 13**

Al comenzar la sesión se le menciona a M que a lo largo de las siguientes sesiones realizaríamos unas preguntas sobre la intensidad y la frecuencia que ella tiene sobre las preocupaciones que tiene, ya que en algunas sesiones previas ella ha mencionado que en ocasiones no puede dormir pensando en los problemas o acontecimientos que ocurren en el

mundo, así como por imaginar un mundo en el que las cosas sean completamente buenas para todas las personas. Se le indica que se hará un automonitoreo de su preocupación.

Para dar inicio a este automonitoreo, se le pregunta sobre algún acontecimiento que le haya hecho pensar de manera recurrente por un periodo largo de tiempo y que haya ocasionado que no pudiera desempeñarse en sus actividades diarias. M menciona que pensó en muchas situaciones durante la semana pero que se acuerda en una en la que pensaba en lo que pasaría si tu perrito muriera, planteándose a dónde iría su alma, si sus padres extrañarían que estuviera en casa, o si comprarían otro, e imagina la idea de que compren otro perrito, lo cual sería algo negativo para ella, porque estarían supliendo y llenando un “*Hueco de tristeza*”. Ella estructura que el pensamiento intruso ansioso es la partida de su perrito, el contenido es el pensamiento de que harían sus padres e igual la manera en la que ellos y ella se sentirían, a lo que ella indica que no podría tener otro perro rápido, indica que este pensamiento tuvo un nivel de angustia de 60 en escala de 0 a 100 y que llegó a una conclusión en la que sus padres resultan tener conductas que no están de acuerdo a lo que ella esperaría de ellos, sin embargo logra calmar la preocupación y angustia comprobando que aún está muy lejos que eso llegue a ocurrir ya que su perrito aún es joven y tiene muchas energías para jugar.

De igual manera indica que se ha preocupado al ir a los conciertos y a sus ensayos, menciona que no siente que tenga un buen desempeño, aunque se esfuerza por pensar de forma positiva esto no logra ser suficiente. Se le indica que es probable que como cualquier tarea el cerebro necesita practicar este tipo de pensamientos, ya que en una semana no se pueden obtener cambios muy grandes, y el exigir que eso ocurra estaría planteando un pensamiento de debería el cual se debatió en la pasada sesión. Se le recalca que es un proceso paulatino y gradual en el cual las ganancias se obtendrán poco a poco. Señala que el pensamiento intrusivo fue el pensar que

jamás lograría poder estar al ritmo de sus compañeros, presentó una angustia de 80, pero ella percibe que quizás haya sido en mayor grado, ya que tuvo muchas ganas de marcharse a casa durante el ensayo. No logró calmar ese pensamiento hasta que fue a dormir a su cuarto y lloró para desahogarse.

Se le pregunta si ha pensado en ir a contarle a sus padres, pero ella indica que siente que se burlarán de ella, ya que ha intentado antes poder comunicárselos, pero en ocasiones se lo toman a juego o no le dan la atención como ella espera que le brinden. M indica que en ocasiones su padre está usando el teléfono y ella le cuenta algo de su día, pero él no le responde o le da instrucciones para realizar una actividad completamente diferente al tema que ella trata de contarle. De igual manera, su madre y hermana, tienden a no tener mucha comunicación con M, pero en este caso ambas tienen expresiones que de acuerdo a las percepciones de la paciente son de enojo. Se le debate sobre esta idea, con la cual se llega a la conclusión que en muchas ocasiones llega a realizar suposiciones o tener ideas irracionales que no ha comprobado sobre la conducta de las personas que la rodean.

Durante la sesión se observa en varias ocasiones que M tiene los ojos llorosos, como si estuviera a punto de llorar, pero parece que se contiene, se deberá preguntar en la siguiente sesión si esto es debido a sentimientos de tristeza o por causas de alergia.

Por último, se le indica que reflexione y trate de recordar los eventos que le pudieran estar generando angustia durante la semana. Tal y como se realizó en la sesión, se le entrega un formato y se le explica su llenado en cada una de las columnas.

M sale de la sala y se solicita a la madre que entre para poder hablar sobre algunas sugerencias para ayudar a reducir los niveles de ansiedad en su hija, se puede observar una

notable molestia en la madre, ya que su hija sigue presentando esa intermitencia en la toma de decisiones, sin embargo, instantes después indica que esto ha cambiado, ya que ahora si propone ideas de dónde estudiar, ya que esta semana le dijo a su mamá que tomaría clases de fotografía, pero la queja de la madre radica en que M no realiza acciones por su cuenta para poder ir a inscribirse.

Se le indica a la madre que es importante que su hija logre interactuar con personas de su edad, que pudiera salir a caminar por su cuenta o que entrara a algún deporte en el que pudiera regular o disminuir las conductas ansiosas. La madre dice que buscará alternativas.

#### **Sesión 14**

M llega con su madre, esperan en la recepción, pero no realizan ninguna comunicación verbal, al acercarse a saludar se puede notar que la paciente usa audífonos, al observar al psicólogo se levanta y toma su mochila para entrar a la sesión. Su madre espera en la sala.

Se realizan preguntas sobre cómo ha estado, M indica que ha estado mejor, pero que su madre le ha dicho que comenzara a ir a un equipo de basquetbol o que saliera a caminar con mayor frecuencia, algo que a ella no le pareció muy correcto, sin embargo, logró realizar en algunas ocasiones. Con respecto a esto M cuenta las situaciones que vivió al salir a caminar con su perro, las expresiones que tiene son completamente positivas, no se notan enunciados que indiquen que pasó un mal momento. Se le hace ver esta situación y sonrío. Se observa un mayor grado de apertura, cuenta eventos de su casa que no había mencionado antes, lo que indica que ya tiene la habilidad o ya se siente lo suficientemente cómoda de poder expresar lo que siente en la sesión terapéutica. El poder expresar estas ideas genera en ella un proceso de relajación. Se

observa una disminución en la frecuencia de movimientos en piernas, brazos y el llevarse las manos a la boca. Se le hace notar esta situación, e indica que en su casa no dejan que se exprese como ella quisiera, ni puede contar sobre sus pensamientos y emociones, algo que a ella le frustra, ella siente que todos en su casa se enojan y se dejan llevar por sus emociones, por lo que no piensan en las consecuencias que ello pudiera traer a los demás. Señala que le gustaría que sus padres fueran menos impulsivos e indica que el ser de esta forma hace que cada uno de los integrantes de su familia se visto como alguien negativo. M percibe que es la más consiente de toda su familia, esto ocasiona que tenga expresiones de grandeza y orgullo. Pero de igual manera ocasionan que M se aparte de sus seres queridos ya que al no ser como ella (Inteligente y autorregulada) no los ve como personas con las que pueda convivir con facilidad. Existen dos ideas a partir de esto: La misma autoperfección que ella misma se exige la dirige de igual manera hacia sus padres y el hecho de que no pueda expresarse como ella quisiera en casa está incrementando los niveles de ansiedad.

M menciona que se ha dado cuenta de que el salir a caminar le ayuda a sentirse mejor, pero no lo suficiente. Ella necesita cambios más visibles, o más rápidos. Se le indica que ha obtenido ganancias y que trate de seguir por el mismo camino. Se da por finalizada la sesión

## **Sesión 15**

M llega puntual a la sesión, pero esta vez espera en la recepción sin su madre, ella indica que quiso ir por su cuenta, ya que considera que es capaz de poder realizar la caminata de su casa hasta el edificio en donde se realizan la sesiones. Se le refuerza de forma positiva con este logro, a lo que ella responde que se siente orgullosa, pero que su madre estaba observando que

no le fuera ocurrir nada desde la puerta de la casa, algo que le pareció exagerado, porque ya le había dicho que le llamaría en cuanto llegará a la sesión.

Se observa un vocabulario no tan infantil, muy diferente al que se notaba en las primeras sesiones. Por otro lado, se han reducido en gran medida las conductas ansiosas, ya no mueve las piernas ni los brazos y solo en situaciones en las que se realizan preguntas muy confrontativas se observan movimientos leves en el labio inferior. Se le retroalimenta al paciente, la cual indica que ha tratado de pensar positivo, incluso se propuso sonreír durante un día entero y tomarse las cosas de forma positiva, pero al ponerlo en práctica sus padres y hermana sintieron que se estaba comportando de forma “grosera” y “burlona” con ellos. M indica que su hermana usó la siguiente expresión: *“Detesto que estés feliz, me molesta, deberías estar triste”*. M indica que esto ocasionó que dejará de comportarse con actitudes positivas.

T: *“¿Entonces cuando tu hermana dijo esto, tú dejaste de sonreír?”*.

M: *“Sí, es que me hizo sentir triste que ella dijera esto”*

T: *“Ok, pero te das cuenta que igual parece como si pensaras que no mereces ser feliz?”*.

M: *“No lo había pensado de esa manera, pero creo que si ocurre así”*.

T: *“Claro, desde esa perspectiva existe el esquema de pensamiento que dice que si alguna persona importante o valiosa para mí me dice que no debo hacer o sentirme de cierta manera, debería hacerle caso”*.

Esto ocasiona que la paciente reestructure su pensamiento, y que comienza a formular la idea de que sus emociones no deben cambiar o dejarse influir por lo que digan los demás. M nota que ha mejorado en la expresión y canalización de sus emociones, esto debido al cambio de pensamiento y el ser menos autoexigente con ella misma, pero indica que le causa mucha intriga

que por momentos esos pensamientos regresen, esto le hace sentir tristeza, ya que no se siente capaz de lograr un cambio duradero.

Se le recalca que ha logrado obtener muchos avances significativos, y que debe seguir en esa línea para lograr cambios aún más duraderos en el tiempo. Se le felicita de nueva cuenta por asistir por su cuenta a la terapia, ya que logró un paso importante en la búsqueda de su independencia y los cambios de pensamientos y miedos que tenía y que sus padres le habían impuesto a muy temprana edad.

Se le pide que realice el llenado de un formato de plan de vida, con el objetivo de obtener información sobre los sueños y metas que se propone y ayudar también a la elección de una carrera, la cual es un tema que le causa un poco de confusión aún.

## **Sesión 16**

De nueva cuenta M llega por medios propios a la sesión, llega muy sudada ya que el clima era demasiado caluroso. Llega y se sienta en el sillón más grande, se quita su mochila y cruza sus piernas dentro del sofá, se pone en una posición que parece cómoda, lo que hace notar que esta lista para comenzar a hablar sobre lo que le ocurrió durante la semana. M indica que su madre ha sido operada y que por ese motivo su abuela llegó a su casa, ella dice estar molesta ya que por culpa de ello pasó a dormir en el sofá de su sala, la abuela duerme actualmente en el cuarto de ella, debido a que debe ver la televisión. M expresa muchos aspectos de su abuela, señala que no entiende algunas conductas que presenta, como el hecho de estar preguntando de forma constante cosas que para ella resultan lógicas o incluso indica que su abuela llega a ser desesperante ya que insiste en repetidas ocasiones con varios temas como por ejemplo la comida,

ya que es muy común que le pregunte tanto a M como a J sí quieren comer varios de los alimentos que se encuentran en la casa.

Por otro lado, señala su inconformidad por dormir en la sala, ya que cada persona que pasa ahí tiende a despertarla, esto ocasiona que se enoje, ya que no puede tener un buen descanso. M indica que durante la mañana su padre le pide que realice alguna actividad, como lavar platos o barrer las hojas de los árboles que caen en la casa, ella al encontrarse todavía dormida no logra hacer las actividades que le piden ya que, cuando logra ponerse de pie, su abuela ya se encuentra haciendo dicha tarea que se le fue asignada. Esto le hace sentir mayor enojo, ya que momentos posteriores la abuela le marca a su mamá o a su papá para decirle que ella tuvo que hacer la tarea y que M es floja.

En el transcurso de la sesión se observa que M tiene los ojos brillosos, por lo que se le pregunta la razón por las que ocurre esto, ella indica que es debido a que tiene ganas de llorar al contar esto, ya que le desespera que su familia la trate de esta forma, ya que no son pacientes y siempre se enojan. M indica que no llora en la sala debido a que no le gusta llorar frente a otras personas. A partir de esto indica que ha tenido algunos eventos en los que siente que su vida no es como la espera y que le gustaría tener otro tipo de familia. Indica que, aunque ella se siente mejor su familia no le ayuda en total a superar esta problemática. En este aspecto menciona que su madre le preguntó sobre las sesiones y lo que M dice cuándo está con el psicólogo, a lo que ella le contó aspectos relacionados a la familia, sobre el enojo y las actitudes que tienen en general en la casa. M percibió que esto enojó a su madre, ya que no continuó diciendo nada al respecto. Se vuelve a debatir esta idea, ya que hacen que durante el resto del día piense en ella de forma constante terminando por sentirse culpable sobre su actuar. Señala que su mamá le pide



tener un buen desempeño, pero que no sabe por qué lo hace si ella no es perfecta, ni hace bien sus actividades.

A pesar de los sentimientos de enojo y tristeza, se observan un mayor número de actitudes positivas en M, sonrío de forma más regular, su ansiedad con respecto a su desempeño en los ensayos se ha reducido, incluso ya casi no teniendo expresiones sobre esta área, canalizándola ahora al tema principal para ella el cual son sus padres y la interacción que tiene con ellos.

Se analizan los formatos de plan de vida, se observa que tiene un gran número de casillas sin llenar, por lo que se procede a realizarlo durante la sesión. Ella puede notar que tarda demasiado en contestar preguntas sobre ella misma, por lo que se le indica que para poder elegir una carrera primero tiene que haber un proceso de conocerse así mismo. De dicho formato surgen ideas irracionales que tiene sobre su desempeño, ya que indica que quiere estudiar musicología, pero piensa que no es capaz de lograrlo porque no es lo suficientemente buena, se debate esta idea y ella logra percatarse que no existen evidencias que realice un mal desempeño, sino que sus maestros solo realizan observaciones como lo haría cualquier maestro que le gustaría que sus alumnos aprendieran. Logra reestructurar sus pensamientos indicando que quiere elegir estudiar la carrera de musicología ya que, aunque no logre tener el desempeño que ella espera en estos momentos puede llegar a adquirir estas habilidades en un futuro.

### **Sesión 17**

Se realiza una revisión de las ganancias y beneficios que ha tenido M a lo largo del proceso terapéutico, ella indica que ha logrado cambiar en parte las exigencias que tiene de ella misma, ha logrado sentirse mejor y reducir sus niveles de ansiedad, ahora piensa de forma más positiva. Indica que algo que le ayudó fue el notar que si se puede ciertas metas en forma de

obligación puede ocasionar que al no cumplirlas se frustre y se sienta muy incompetente. Pero el pensar que existen más opciones le ayuda a sentirse más relajada, de esta forma evita exigirse de más, pero enfocándose y no presionando para obtener un resultado particular.

Durante la semana su abuela actúo de forma negativa, se queja de todo, al igual que su hermana y sus padres, M señala que no le gusta interactuar con ellos, por lo que prefiere buscar un espacio de tranquilidad para ella, en el cual pueda relajarse y pensar con mayor claridad. Se han reducido los tiempos de pensamiento, en un principio podían rondar 4 horas, de acuerdo a lo que ella comenta en esta sesión, pero actualmente duran como máximo unos 20 a 25 minutos. Aún hay noches en las que presenta dificultades para dormir, pero se han disminuido de cinco días a sólo días por semana.

M realizó un concierto con la orquesta en la que practica el fin de semana, del cual obtuvo un pago, con el dinero ganado decidió ir a inscribirse a sus clases de fotografía. Esto sorprende ya que, ha comenzado a tener una mayor autonomía, ella indica a que está dejando de pensar tanto en lo que opinen sus papás y de igual forma trata de cambiar sus ideas de miedo, por otras en las que comienza a imaginar que es capaz de lograr las cosas. Dice sentirse feliz, le han gustado sus clases, pero no hay personas de su edad con las que pueda convivir, lo que también influye en su capacidad de socialización. Menciona que lo único que no le gusta es que su maestro fuma. Se indaga para obtener una mayor información para detectar posibles demandas de perfeccionismo, pero ella recalca que le incomoda pero que su maestro no es malo por realizar esta actividad, de esta forma se puede observar una mejoría en las demandas hacia los demás, ya que en las primeras sesiones evitaba el contacto con cualquier persona que consumiera alcohol o tabaco.

De igual manera se realiza la observación para detectar la presencia de conductas ansiosas, pero no se pueden observar ninguna de ellas. Se observa más relajada y con un nivel muy amplio de expresión verbal, indica cuando se siente triste, molesta o feliz.

## **Sesión 18**

Cierre de sesiones. M indica que ha sentido una mejora en su conducta, ya no presenta pensamientos recurrentes sobre su pobre desempeño, sino que ahora trata de observar los aprendizajes que va teniendo día con día, y logra notar que el cambio de pensamiento con respecto a las ideas y esquemas que tenía sobre ciertas áreas de su vida, hacen que sus conductas “rigidas” mejoren. Aún siente que tiene mucho que mejorar, pero este cambio de enfoque siente que le abre las puertas para comenzar nuevos proyectos.

Se le menciona que es probable que las conductas ansiosas regresen, es algo normal, por lo que no debe preocuparse y lo que le funcionaría aplicar son las destrezas obtenidas durante el proceso terapéutico. M se muestra tranquila y optimista, de la misma manera se puede observar feliz, ya que al contar anécdotas de su casa las ve como algo cómico, en lugar de verlo como algo catastrófico. Se realiza el cierre de la sesión y se procede a despedir M del proceso terapéutico.

## Capítulo V

### Discusión de resultados y conclusiones

#### 5.1 Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo disminuir las conductas perfeccionistas por medio de la reducción de los niveles de ansiedad de una adolescente de 17 años de edad, mediante una intervención con enfoque cognitivo conductual, teniendo como principal tarea la reestructuración cognitiva de los pensamientos devaluativos de la paciente, así como la reducción de las rumiaciones, autoexigencias dirigidas a ella misma y hacia los demás y cambio en las ideas irracionales a través de la comprobación con los hechos y acontecimientos que ocurrían en su día a día, todas estas características del perfeccionismo y la ansiedad generalizada.

A lo largo de las sesiones se pudieron observar la presencia de pensamientos devaluativos, los cuales se encontraban estrechamente vinculados con la percepción que la paciente tenía sobre su desempeño al realizar los ensayos o conciertos de la orquesta a la que pertenecía, ya que, si percibía que cometía un pequeño error, tendía a pensar que no era lo suficientemente capaz y que todos se habrían fijado de que lo hizo mal, esto a su vez ocasionaba que se sintiera triste, tome acciones para el escape y tendencia a llorar, lo que hacía notar la presencia de ansiedad ya que, como señalan Durand y Barlow (2007). la ansiedad es un estado de ánimo negativo en el que se ponen en juego una serie de sistemas. Tiene repercusiones a niveles emocionales, fisiológicos, neurobiológicos y conductuales, como respuesta a la alteración de dichos sistemas, la persona experimenta tensión y aprensión.

Dicha presencia de ansiedad se pudo constatar a través de la aplicación del Millon-III, y los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-V(2013) el cual indica que se puede señalar el diagnóstico de TAG a partir de la presencia de preocupaciones excesivas en relación con

diversos sucesos o actividades, en un periodo mínimo de seis meses, en este aspecto la paciente presentaba dificultad para controlar dicha preocupación, y que como se indica en la descripción de las sesiones podía invertir hasta cuatro horas para pensar en un tema en específico., lo que dificultaba que pudiera concentrarse e interfiriendo con su capacidad para conciliar el sueño.

Con respecto a las conductas perfeccionistas se pudo observar que la paciente presentaba características propias de las tres dimensiones que describen Hewitt, Flett, y Besser (2003) Perfeccionismo Auto-orientado, Perfeccionismo socialmente prescrito y perfeccionismo orientado hacia lo demás, a este aspecto se puede notar la autoimposición de metas y normas poco realistas, en las cuales se exigía tener un desempeño excelente, preocupación por querer complacer con dicho desempeño a los demás y exigir que sus padres o personas cercanas tuvieran las mismas actitudes que ella presenta, y en caso de no hacerlo realizaba una devaluación sobre las características de dicha persona.

Una vez iniciado el proceso de intervención se observaron conductas ansiosas de gran intensidad y frecuencia como lo eran los movimientos de piernas y brazos, estos se intensificaban al hablar y debatir sobre las ideas y percepciones que surgían a partir de la rigidez de su pensamiento. Estas conductas fueron disminuyendo, tanto en porcentaje de preocupación e intensidad percibida por la paciente al pensar sobre temas que le causaban ansiedad, de igual forma las manifestaciones físicas mencionadas previamente fueron disminuyendo, hasta convertirse en conductas imperceptibles.

La paciente indicó que ha logrado cambiar su pensamiento, el cual estaba plagado de ideas erróneas sobre su desempeño, estas ideas fueron reestructuradas y cambiadas por unas más realistas, a partir de las cuales ha aprendido a aceptar que en ocasiones puede llegar a

equivocarse o que muchos de los eventos y situaciones que la rodean no pueden ser controlados por ella.

## **5.2 Conclusiones y sugerencias**

A través de la implementación de una intervención cognitivo conductual, enfocada a realizar una reestructuración cognitiva en una adolescente de 17 años de edad, se pudo observar una disminución en las conductas perfeccionistas, esto debido en gran medida a la reducción de los niveles de ansiedad que la paciente presentaba. Esto se logró mediante la utilización de un diálogo socrático a lo largo de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico, un debate el cuál se enfocó en cambiar las ideas irracionales por otras que fueran más funcionales y comprobables con la realidad, lo cual provocó que la paciente percibiera que, el cambio de pensamiento puede influir en sus emociones y conducta. En este aspecto pudo cambiar sus sentimientos de devaluación cuando cometía algún fallo en algún ámbito de su vida, sea cual fuera este, además de que, el tiempo que ocupaba pensando sobre los errores que solía cometer, ahora, al reducir esta ansiedad, puede usarlo para realizar las actividades que son importantes y valiosas para ella.

Se sugiere realizar estudios con un mayor número de pacientes, con el objetivo de poder observar la efectividad y diferencias que puedan tener estas intervenciones de acuerdo a la edad cronológica, así como de acuerdo al sexo. Estos futuros estudios pudieran aportar una forma diferente de conceptualizar las conductas perfeccionistas y su relación con los altos niveles de ansiedad, los cuales en ocasiones llegan a ser negativos y perjudiciales para la persona que lo padece.

**Bibliografía**

- Al-Naggar, R., Bobryshev, Y., & Alabsi, M. (2013). *Perfectionism and Social Anxiety Among University Students in Malaysia*. *ASEAN Journal Of Psychiatry*, 14(1), 1-8
- Amorim M. A. (1997). *Updating an object's orientation and location during nonvisual navigation: A comparison between two processing modes*. *Perception & Psychophysics*, 59, 404
- Amster, B. J. y Klein, E. R. (2008). *Perfectionism in people who stutter: preliminary findings using a modified cognitive-behavioral treatment approach*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36,
- Appleton, P. R., Hall, H. K. y Hill, A. P. (2010). *Family patterns of perfectionism: an examination of elite junior athletes and their parents*. *Psychology of Sport and Exercise*.
- Asseraf, M. y Vaillancourt, T. (2015). *Longitudinal links between perfectionism and depression in children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43
- Bares, C., Andrade, F., Delva, J., & Grogan-Kaylor. (2011). *Examining the Factor Structure of Anxiety and Depression Symptom Items Among Adolescents in Santiago, Chile*. The University of Chicago Press on behalf of the Society for Social Work and Research Vol. 2, No. 1 (2011)
- Beck, A. (2005). *Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective*. United States of America: Basic Books.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Theory: Basics & Beyond*. New York: Guilford.

- Blatt, S.J. (1995). *The destructiveness of perfectionism. Implications for de treatment of depression*. *American Psychologist*, 50 (12), pp. 1003-1020
- Boone, L. (2013). *Are attachment styles differentially related to interpersonal perfectionism and binge eating symptoms?* *Personality and Individual Differences*, 54, 931-935
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Broman-Fulks, J. J., Hill, R. W. y Green, B. A. (2008). *Is perfectionism categorical or dimensional: A taxometric analysis*. *Journal of Personality Assessment*, 90 (5).
- Burns, D. D. (1980). *The perfectionists script for self-defeat*. *Psychology Today*, 34-52
- Camarillo, G. C. (2011). *Confiabilidad y validez en estudios cualitativos*. *Revista "Educación y Ciencia"*, 1(15).
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. *United States: The Guilford Press*. Pag 18.
- Cloninger, C. R. (1986). *A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states*. *Psychiatric Developments*, 4
- Corral, Y. (2009). *Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos*. *Revista Ciencias de La Educación*, 19(33)
- Cresswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.



- Davis, M. C. y Wosinski, N. L. (2012). *Cognitive errors as predictors of adaptive and maladaptive perfectionism in children*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30,105
- DSM-5** (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Durand, M., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología: Un Enfoque Integral De La Psicología Anormal*. (4ta ed.) México: Cengage Learning Editores, S.A.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Las adicciones con o sin droga: una patología de la libertad*. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 29-44). Madrid: Pirámide
- Egan, S. J. y Hine, P. (2008). *Cognitive behavioural treatment of perfectionism: a single case experimental design series*. *Behavior Change*, 25 (4)
- Egan, S. J., Wade, T. D. y Shafran, R. (2012). *The transdiagnostic process process of perfectionism*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17 (3), 279-294.
- Egan, S., Wade, T., Shafran, R., Antony, M. (2014). *Cognitive Behavioral Treatment of Perfectionism*. New York, USA: Guilford Publications.
- Erozkan, A., Karakas, Y., Ata, S. y Ayberk, A. (2011). *The relationship between perfectionism and depression in Turkish high school students*. *Social Behavior and Personality*, 39 (4)
- Fernández, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona; Ariel S.A.
- Fletcher, K. L., Kristie, L. y Neumeister, S. (2014). *Introduction to the special issue: perfectionism in the school context*. *Psychology in the Schools*, 51 (9)

- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R. y Gray, L. (1998). *Psychological distress and frequency of perfectionistic thinking*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), pp.1363-1383
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M. y Macdonald, S. (2002). *Perfectionism in children and their parents: a developmental analysis*. En G. L. Flett y P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: theory, research, and treatment*(pp. 89-132). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., Coulter, L. M., Hewitt, P. L. y Nepon, T. (2011). *Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents*. *Canadian Journal of School Psychology*,
- 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
- Frost, R. (1990). *The dimensions of perfectionism*. *Cognitive Therapy and Research* 14 (5), 449-468
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). *The development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia*. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (2)
- Gnilka, P., Ashby, J., & Noble, C. (2012). *Multidimensional Perfectionism and Anxiety: Differences Among Individuals With Perfectionism and Tests of a Coping. Mediation Model*. *Journal Of Counseling & Development*, 90(4)
- Hamachek, D. E. (1978). *Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism*. *Psychology*, 15
- Heinze, M. & Cmacho, M. (2010). *Guía Clínica para el manejo de la depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría.

- Hewitt, P.L. y Flett, G. L. (1991b). *Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology*. Journal of personality and social psychology, 60 (3), pp. 456-470.
- Hollender, M. (1965). *Perfeccionismo*. Comprensión psiquiátrica, 6, 94-95.
- Huertas, S. y Álvarez, C. (2009). *Relacion entre perfeccionismo y estres en los adolescentes de la institución educativa alexander graham bell*. Tesis de licenciatura. Perú.
- Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M., Rodríguez-Campayo, M.A., Rojo-Bofill, L., Livianos-Aldana, L., Rojo-Moreno, L. (2015). *Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors*. Psychiatry Research, 230.
- Jarne,A., Talarn,A., Armayones, M., Horta, E., &Requena, E. (2006). *Psicopatología*.  
Barcelona:UOC
- Kelly, A.C. y Zuroff, D.C. (2013). *Perfectionism*. En L. Grossman y S. Valfish (Coords.), *Translating psychological. Research into practice* (pp.233). Nueva York.
- Kinoshita, E. (1985). *Studies on anorexia nervosa in adolescence patient's groups classified by clinical courses of eating disorders and the psychodynamic features*. Psychiatria et Neurologia Japonica,87 (9).
- LaSota, M. T. (2008). *A cognitive-behavioral-based workshop intervention for perfectionism* (Tesis doctoral). Recuperada de ProQuest.
- Martínez, M. (2006a). *Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa*. Paradigma, 27, 25.
- Martínez, M. (2006b). *La investigación cualitativa: síntesis conceptual*. Ipsi, 9(1),
- Murueta, M. (2004). *Alternativas metodológicas para la investigación educativa*. México:  
Amapsi.

- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Un reporte sobre la salud*. Ciudad de la Salud, Texas
- 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).
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana
- Owens, R. G. y Slade, P. D. (2008). *So perfect it's positively harmful Reflections on the adaptiveness and maladaptiveness of positive and negative perfectionism*. *Behavior Modification*, 43
- Pamies, L. y Quiles, Y. (2014). *Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros*. 374 *Anales de Psicología*, 30 (2)
- Papalia, D., Wendkos O., Sally, Duskin, F. (2001). *Psicología del Desarrollo*, Colombia, Editorial Mc Graw Hill, Octava Edición.
- Pitman, R. K. (1987). *A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology*. *Comprehensive Psychiatry*, 28(4).
- Puchol, L. (2003). *Tratamiento contra la ansiedad*. Revista digital. Madrid..
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de caso*. España:Morata
- Tarrés, M. (2001). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Colegio de México y Grupo Miguel Murueta.
- Thompson, T., Davis, H. y Davidson, J. (1998). *Attributional and affective responses of imposters to academic success and failure outcomes*. *Personality and Individual Differences*, 25, 381-396.

Turner, L. A. y Turner, P. E. (2011). *The relation of behavioral inhibition and perceived parenting to maladaptive perfectionism in college students*. *Personality and Individual Differences*, 50, 840-844.

Uz-BasA. (2011). *Dimensions of perfectionism in elementary school-aged children: associations with anxiety, life satisfaction, and academic achievement*. *Education and Science*

APÉNDICE







**INVENTARIO DE LA VIDA**

<p><b>1. ¿Qué es lo que hago bien?</b></p> <p>¿En qué puedo contribuir a la vida de los demás? ¿Qué es lo que hago bien para mi propio desarrollo y bienestar?</p>
<p><b>2. Dada mi situación actual y mis aspiraciones, ¿qué necesito aprender a hacer?</b></p>
<p><b>3. ¿Qué deseos debo convertir en planes?</b></p> <p>¿Ha descartado algunos sueños por no ser realistas y que deba volver a soñar?</p>
<p><b>4. ¿Qué recursos tengo sin desarrollar o mal utilizados?</b> Estos recursos pueden referirse a cosas materiales, a talentos personales o a amistades.</p>
<p><b>5. ¿Qué debo dejar de hacer ya?</b></p>
<p><b>6. ¿Qué debo empezar a hacer ya?</b></p>
<p><b>7. Las respuestas dadas a todas las preguntas anteriores, ¿Cómo afectan a mis planes y proyectos inmediatos para los tres próximos meses, para el próximo año?</b></p>

<b>MI PROYECTO DE VIDA</b>		
<b>¿Qué quiero lograr?</b>	<b>¿Para qué lo quiero lograr?</b>	<b>¿Cómo lo lograré?</b>
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

## HOJA DE TRABAJO

### FODA

<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>¿Qué ventajas tengo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">¿Qué hago bien? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Con qué Recursos cuento? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuáles son esas virtudes o fortalezas que los demás dicen que tengo? _____</p> <p>_____</p>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>¿Qué es lo que hago mal?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">¿Qué debería evadir? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué es lo que me atrasa? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué es lo que debería mejorar? _____</p> <p>_____</p>
<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>¿Quiénes me ayudan?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">¿Cuáles son las oportunidades que tengo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿De todas las oportunidades, cuáles son en las que mejor me podría desenvolver? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>¿Qué considero una amenaza?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">¿Cuáles son mis obstáculos? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Qué tengo que cambiar en mi entorno? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Hay alguna amenaza seria que me impida vivir? _____</p> <p>_____</p>

**RESUMEN DEL PLAN DE VIDA**

Aspecto	Descripción de las metas prioritarias	Fecha límite para lograr la meta
Espiritual	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Intelectual	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Afectivo/ Emocional	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Familiar	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Recreativo	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Social	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Corporal	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Ocupacional	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Económico	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	