

## Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica

Laura Beatriz Oros\*

Universidad Adventista del Plata (Argentina)

**Resumen:** El propósito de este trabajo es mostrar que el perfeccionismo infantil, que puede parecer inocuo y hasta deseable, trae aparejado innumerables consecuencias negativas para la salud física y emocional de los niños. Se discuten diferentes argumentos que respaldan la noción de que el perfeccionismo se origina como un factor de vulnerabilidad psicológica que no sólo debe diagnosticarse a tiempo, sino además ser tratado apropiadamente con el objetivo de prevenir trastornos en el futuro. Se presentan por tanto algunas orientaciones útiles para el diagnóstico clínico y el trabajo psicoterapéutico.

**Palabras clave:** Perfeccionismo; niños; diagnóstico; psicoterapia.

**Title:** Implications of child perfectionism on psychological welfare: Guidelines for diagnosis and clinical practice.

**Abstract:** The purpose of this paper is to show that child perfectionism, which may seem harmless and even desirable, entails innumerable negative consequences regarding physical and emotional health in children. Various viewpoints are discussed which support the idea that perfectionism originates as a factor of psychological vulnerability, which should not only be diagnosed in time, but should also be treated appropriately with the objective of preventing future disorders. Thus, we propose some useful guidelines regarding clinical diagnosis and therapy.

**Key words:** Perfectionism; children; diagnosis; psychotherapy.

### Introducción

Numerosos niños, presentan estándares muy elevados y aspiran a un ideal de conducta difícil, si no imposible, de alcanzar. La experiencia clínica demuestra que cada vez son más los casos de niños que pese a los muchos éxitos observados, tienen una experiencia recurrente de emociones negativas tales como culpa, frustración y sensación de fracaso, que interfieren significativamente en sus actividades cotidianas.

El perfeccionismo, atributo escasamente estudiado en nuestro país, es una disfunción cognitiva que tiene un profundo impacto sobre la salud psicológica de los individuos. Se lo puede definir como el conjunto de creencias acerca de lo que las personas consideran que deben llegar a ser, y el nivel de estrictez con que intentan cumplirlo. Estas creencias son absolutistas, rígidas e irracionales (Blatt, 1995).

Como puede apreciarse, esta definición del fenómeno se centra únicamente en el aspecto insano, pues es el objetivo de este trabajo dar a conocer las consecuencias negativas que puede tener en la vida de las personas, incluso desde que éstas son muy pequeñas. Sin embargo, hay que reconocer que en el perfeccionismo se destaca también un aspecto saludable. Algunos autores, como Kottman (2000) y Blatt (1995), aseguran que el perfeccionismo tiene dos caras, pues consiste en una compleja manifestación que puede vincularse tanto a la disfunción psicológica como al funcionamiento adaptativo y normal. Para estos autores, ciertos componentes del perfeccionismo, tales como la fijación de metas elevadas en el ámbito académico, deportivo o interpersonal, el tesón para alcanzarlas, el interés productivo, el deseo de crecimiento y superación, y la necesidad de orden y organización, pueden

promover la expansión de conocimientos, buenos hábitos de trabajo, esfuerzo y buen desempeño.

Los perfeccionistas “sanos” a diferencia de los “insanos” se proponen metas elevadas pero razonables y alcanzables, tienen altas expectativas de sí mismos y los demás y, aunque esto los vuelve exigentes, no los hace hostiles ni extremadamente críticos. Tratan de explotar todo su potencial pero, ante el fracaso de sus objetivos, no se paralizan sino que utilizan su “derrota” como motivación para proseguir y esforzarse nuevamente (Kottman, 2000). Además, como reconocen sus limitaciones, no se imponen una perfección generalizada, ésta está más bien acotada a determinadas tareas o actividades (Ashby y Kottman, 1996). Son organizados, pulcros y puntuales, pero esta preferencia por el orden no interfiere con su funcionamiento normal. Por su parte, los perfeccionistas “insanos”, muestran ante los mínimos fracasos, reacciones exageradas, intensa tristeza, frustración, culpa, vergüenza y enojo (Lombardi, Florentino y Lombardi, 1998). Quizá por esta razón, este tipo de perfeccionismo es denominado por Blatt (1995) como *neurótico*.

Por lo señalado anteriormente, para poder reconocer si el perfeccionismo es sano o insano, debe prestarse atención a la actitud que predomina en los niños frente a las situaciones de fracaso. Las emociones negativas que frecuentemente acompañan un desempeño bueno, muy bueno (y hasta brillante), pero no perfecto, deben llamar la atención de padres y docentes.

### Desarrollo del tema

La revisión de la literatura aporta suficientes indicadores como para sospechar que el perfeccionismo podría incrementar la vulnerabilidad psicológica. Pero antes de discutir los argumentos a favor de esta hipótesis, conviene definir el concepto de vulnerabilidad. Para ello se adherirá a la perspectiva relacional de Lazarus y Folkman (1986) de acuerdo con la cual podría definirse a la vulnerabilidad infantil como la insuficiencia o escasez de recursos que tiene el niño para

\* **Dirección para correspondencia** [Correspondence address]: Laura Beatriz Oros. Centro de Investigación en Psicología y Ciencias Afines, Universidad Adventista del Plata. 25 de Mayo 99, (3103), Libertador San Martín, Entre Ríos (Argentina). E-mail: [lauraoros@lsmartin.com.ar](mailto:lauraoros@lsmartin.com.ar)

enfrentar satisfactoriamente las demandas del medio que han sido valoradas como importantes y/o necesarias de cumplir para su bienestar personal.

Como puede notarse, los recursos constituyen un componente básico cuando se trata de concebir la vulnerabilidad psicológica. Los mismos hacen referencia a aquellos factores que, pertenecen al niño, a su medio, o a la interacción entre ambos, y que promueven un afrontamiento exitoso de la adversidad (Lazarus y Folkman, 1986). Existen innumerables recursos y por lo tanto sería imposible elaborar una lista de todos ellos. Se presentan a continuación algunos de los que, a juicio de la autora, guardan mayor relación con la problemática del perfeccionismo infantil.

*Recursos cognitivos.* Dentro de los recursos cognitivos podrían mencionarse el estilo de pensamiento y las creencias generalizadas acerca de uno mismo. Con relación al primero, se sabe que el razonamiento flexible, integrativo, abierto a la información y con preferencia hacia lo variado en lugar de lo rígido, favorece el uso de estrategias productivas para manejar situaciones adversas (Fredrickson y Joiner, 2002). Con relación a las creencias y valoraciones personales, se conoce que la autoestima (Heatherton y Wyland, 2003), la autoeficacia (Bandura, 1999) y el locus de control (interno frente al éxito y externo frente al fracaso) (M. C. Richaud de Minzi, comunicación personal, junio de 2000) facilitan también el afrontamiento adaptativo.

*Recursos emocionales.* A pesar de que antiguamente las emociones fueron consideradas una perturbación de la mente y un desorden del comportamiento y el pensamiento (Frijda, Manstead y Bem, 2000), actualmente se reconoce que las emociones de tono positivo son un ingrediente esencial para la salud. Folkman y Moskowitz (2000) sostienen que las emociones positivas promueven la utilización de estrategias funcionales de afrontamiento ante situaciones de estrés. La experiencia de afectos positivos, tales como la alegría, el optimismo, el buen humor, la simpatía, la esperanza, el amor y el interés, no sólo fomentaría respuestas saludables bajo situaciones de presión, sino que además actuaría como disparador de otros recursos (Richaud de Minzi, De Monte, Musso, Abalos y Biberberg, inédito), aumentando así la posibilidad de una adaptación saludable.

*Recursos sociales.* Dentro de este tipo de recursos se pueden mencionar las habilidades personales para atraer socialmente a otros y el apoyo social recibido. Con relación al primero, Lazarus y Folkman (1986) sostienen que "las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento" (p. 186) por la relevancia que adquiere la actividad social en el funcionamiento humano adaptativo. Las personas socialmente hábiles afrontan mejor (Richaud de Minzi, Sacchi y Moreno, 2003). El *apoyo social*, por su parte, hace referencia a la calidad de las relaciones que se establecen con personas significativas y al soporte emocional que éstas proveen. Está ampliamente demostrado que la percepción de la calidad de estas relaciones significativas en la infancia, provenientes principalmente de la interacción con los padres y los pares, puede actuar como recurso protector o factor de

riesgo de diversas disfunciones psicológicas (del Barrio, 2001; Egeland, Carlson y Sroufe, 1993; Richaud de Minzi, 1991, 1999; Richaud de Minzi y Sacchi, 1997). En un estudio anterior (Oros, 2004) se encontró que los niños que provienen de hogares donde se les brinda un soporte emocional adecuado, incondicionalidad afectiva y disciplina firme, están mejor preparados para manejar las dificultades.

Retomando la hipótesis anterior, si el perfeccionismo incrementa la vulnerabilidad psicológica, podría esperarse en primer lugar, que en los niños perfeccionistas se vean merados estos recursos protectores y aumentados los factores de riesgo; en segundo lugar, que debido a esto, desarrollen estrategias inefectivas para manejar el estrés; y en consecuencia, en tercer lugar, que muestren una marcada tendencia hacia la enfermedad. Estas tres hipótesis particulares que emergen de la más general encuentran sustento en la teoría de Lazarus, según la cual, el mal afrontamiento es un factor causal de la enfermedad y depende principalmente de los recursos que posee el individuo (Lazarus y Folkman, 1986). Si bien no es estrictamente necesario que estos factores se den en este orden ni que todos ellos aparezcan en la secuencia, hemos aceptado esta suposición debido a la abundante cantidad de evidencia empírica aportada por los autores antes mencionados.

Se analizarán a continuación cada uno de estos elementos.

### Déficit de recursos

1. *Recursos cognitivos.* Con respecto al estilo de pensamiento, se sabe que en los perfeccionistas la evaluación o apreciación cognitiva de las demandas está cargada de sesgos debido a que ponen el énfasis en los fracasos pasados y en las inhabilidades personales. Por tal motivo, su razonamiento contiene errores cognitivos, entre los que se destacan la atención selectiva, la sobregeneralización del fracaso y el estilo de pensamiento *todo o nada* que sólo considera el éxito total o el fracaso total (Hewitt y Flett, 1991). Además, los patrones cognitivos son poco flexibles y esta rigidez amenaza la facultad de afrontar satisfactoriamente los cambios y demandas del entorno que se han percibido como estresantes (Barrow y Moore, 1983; Ferrari y Mautz, 1997). Esto indicaría que el estilo de pensamiento que predomina en los niños perfeccionistas no sólo es poco funcional sino que además puede tornarse considerablemente perjudicial.

Con respecto al sistema de autocreencias, algunos autores mencionan que en los sujetos perfeccionistas se observa una débil autoeficacia y una baja autoestima (Kottman, 2000; Blatt, 1995; Ashby y Rice, 2002). Con relación al locus de control, si bien no se han encontrado estudios que relacionen ambas variables, hay indicios de que este recurso también puede verse afectado en los perfeccionistas. El hecho de que tengan una tendencia predominante a responsabilizarse por los errores y fracasos (Kottman, 2000), hace pensar en un locus interno frente a resultados negativos, orientación que según Weiner (1983) no resulta saludable. No

obstante, esto es sólo una conjetura que deberá ser analizada con mayor profundidad.

2. *Recursos emocionales.* Las personas perfeccionistas tienen una baja experiencia de emociones positivas y disfrutan poco de sus éxitos y logros (Barrow y Moore, 1983; Dunkley, Zuroff y Blankstein, 2003). Los afectos predominantes en los individuos perfeccionistas son generalmente de tono negativo. Entre ellos suelen señalarse la culpa, el enojo, la tristeza, la futilidad, el displacer (Lombardi, Florentino y Lombardi, 1998), la inferioridad (Ashby y Kottman, 1996) y la vergüenza (Blatt, 1995) tendencias que, según los estudios de Eisenberg (1991), se considerarían predictoras de un mal afrontamiento.

3. *Recursos sociales.* Tal como lo mencionan algunos autores, los individuos perfeccionistas manifiestan un escaso interés social, habitualmente se esfuerzan por alcanzar la superioridad sin tomar en consideración al otro (Ashby y Kottman, 1996), no manejan adecuadamente los problemas sociales (Chang, 2002) y presentan habilidades sociales deficientes (Lombardi, Florentino y Lombardi, 1998). Lazarus y Folman (1986) definen estas habilidades como "la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva" (p.186). Este recurso podría verse afectado, porque según Hewitt y Flett (1993), uno de los componentes del perfeccionismo está orientado hacia el desempeño de los otros, lo que implica que se espera de ellos la perfección tal como se la espera de uno mismo. Estos autores mencionan que los perfeccionistas pueden ser muy críticos, hostiles y cínicos. Supervisan y evalúan severamente la actuación de los demás y le reprochan sus errores, lo que, naturalmente, no es una manera efectiva de relacionarse. Además, en el ámbito infantil, el niño perfeccionista puede sobresalir en su grupo por ser el que no participa de las travesuras y/o ser el *soplón* de la maestra, lo que puede en ocasiones, incrementar el desprecio de los pares, factor que también ha sido vinculado al riesgo psicológico (Trianes, 1997).

En cuanto al apoyo social recibido, se sabe que los niños perfeccionistas provienen generalmente de hogares donde predominan el control hostil, el rechazo, la baja implicación afectiva, la aceptación condicional (Oros, 2004), la crítica y las demandas exageradas (Blatt, 1995), entornos que, desde luego, no actuarían como recursos protectores.

### Afrontamiento malogrado

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

lización o inhibición generalizada. Resultados similares han sido hallados en población adulta (Dunkley y Blankstein, 2000; Dunkley, Zuroff y Blankstein, 2003).

### Tendencia a la enfermedad

Mientras el afrontamiento adaptativo conduce a la salud y el bienestar, el afrontamiento malogrado resulta, tarde o temprano, en enfermedad y disfunción (Lazarus y Folkman, 1986; Fierro, 1997). Partiendo de esta premisa, es razonable esperar que las personas perfeccionistas muestren elevados indicios de enfermedad. De hecho, son numerosos los estudios que relacionan el perfeccionismo con la patología. Entre las disfunciones más mencionadas en adultos y adolescentes se cuentan: trastornos de alimentación (Cockell, Hewitt, Seal, Sherry, Goldner, Flett y Remick, 2002), ideación suicida (Chang, 2002), depresión (Kawamura, Hunt, Frost y DiBartolo, 2001; Blatt, 1995), ansiedad (Kawamura, Hunt, Frost y DiBartolo, 2001), fobia social (Arana, 2003), estrés (Hewitt y Flett, 1993), paranoia, psicoticismo, desórdenes psicósomáticos y trastorno obsesivo compulsivo (Hewitt y Flett, 1991)

Si bien estos datos son proporcionados por estudios realizados con adultos y adolescentes, el panorama no debería ser muy diferente en el curso de la infancia. Es evidente que el perfeccionismo actúa como un factor de riesgo para la salud física, mental y emocional de los individuos, constituyéndose por tanto, en un factor de vulnerabilidad. En la Figura 1, se presenta un modelo explicativo que muestra como se ensamblan los elementos hasta aquí analizados para desembocar en la disfunción.

### Diagnóstico precoz

El primer paso en el tratamiento de un trastorno consiste en un diagnóstico fiable. La evaluación psicológica permite delinear la intervención adecuada para cada caso en particular (Casullo, 1995). Además de la entrevista clínica, que se nutre del aporte de los padres, los docentes y otras figuras significativas en la vida de los niños, es recomendable la utilización de escalas válidas y confiables que provean una aproximación psicométrica del fenómeno. Si bien hay numerosas escalas para evaluar el perfeccionismo en adolescentes y adultos, son muy escasas las que se han elaborado con fines de detección precoz en la población infantil. Una de las escalas que cuenta con estas características fue diseñada en Estados Unidos por Rice y Preusser (2002). La misma está destinada a niños de entre 9 y 11 años de edad y evalúa tanto el perfeccionismo sano como el neurótico a través de las siguientes dimensiones: (a) Sensibilidad a los errores, con nueve ítems, (b) Autoestima contingente, con ocho ítems, (c) Compulsividad, con seis ítems, y (d) Necesidad de admiración, con cuatro ítems. La consistencia interna de la escala es adecuada, el coeficiente Alpha de Cronbach oscila entre .85 y .91. Hasta el momento, no se conoce una traducción argentina de la escala por lo que está disponible únicamente en idioma inglés.

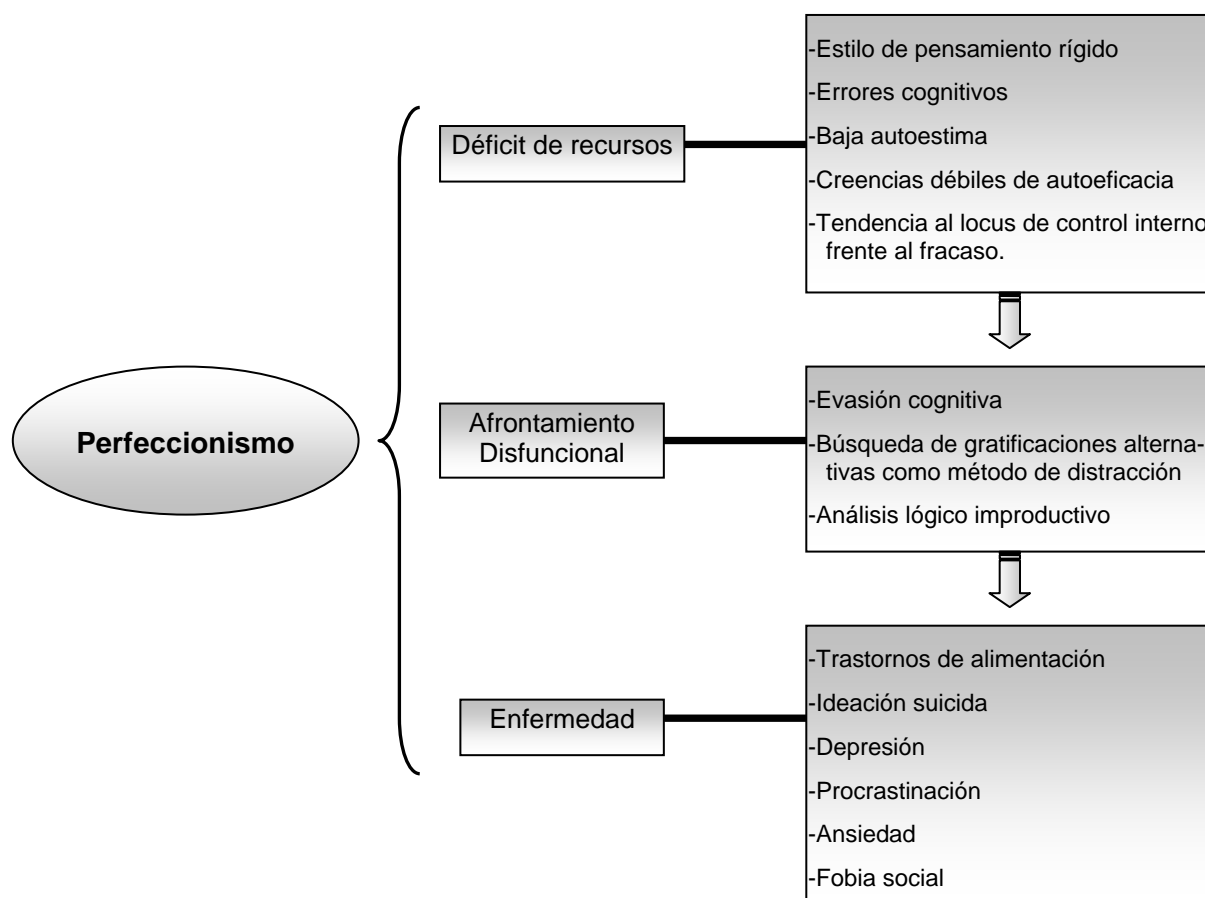


Figura 1: Modelo explicativo del Perfeccionismo como factor de vulnerabilidad.

Una escala más reciente, desarrollada en Argentina (Oros, 2003), fue construida con el objeto de diagnosticar el perfeccionismo insano en niños de entre 8 y 12 años de edad. El cuestionario fue estudiado factorialmente en una muestra de 583 niños escolarizados, de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, obteniendo propiedades psicométricas aceptables. El mismo incluye 16 ítems que se agrupan en dos dimensiones: (a) Autodemandas y (b) Reacciones ante el fracaso, de 8 ítems cada una. La dimensión de las autodemandas, que expresa un perfeccionismo orientado hacia sí mismo, evalúa la tendencia de los niños a exigirse la perfección y a evitar constantemente los errores y equivocaciones. Este factor, incluye creencias irracionales del tipo: “Necesito ser el mejor”, “Debo ganar siempre”, etc. La dimensión de reacciones ante el fracaso refleja las emociones y actitudes asociadas al fracaso de las autodemandas. Se incluyen en este factor enunciados como los siguientes: “Me critico mucho a mí mismo” o “Me cuesta perdonarme cuando me equivoco”. En relación a la confiabilidad, la escala goza de una consistencia interna satisfactoria ya que el *alpha de Cronbach* se situó en un valor de .83. El estudio de la fiabilidad de

las subescalas por separado arrojó también resultados aceptables (Autodemandas  $\alpha = .82$ ; Reacción ante el fracaso  $\alpha = .70$ ).

Además del empleo de este tipo de escalas, imprescindibles por su especificidad, es necesaria la utilización de cuestionarios de personalidad para obtener información acerca del funcionamiento general del niño y particularmente sobre sus rasgos de escrupulosidad. En este sentido puede resultar útil el cuestionario argentino de personalidad infantil basado en el modelo de los *Big Five* (Lemos, 2004). Asimismo, resulta ventajoso el uso de cuestionarios de ansiedad generalizada, ansiedad social y ansiedad de evaluación.

#### Abordaje temprano del perfeccionismo: Terapia racional-emotiva (TRE) con implicación familiar

Como se ha presentado en este artículo, la literatura proporciona suficiente evidencia como para apoyar la idea de que las creencias perfeccionistas actúan como factor de vulnerabilidad psicológica, razón por la cual, estamos ante la necesidad de planear estrategias terapéuticas para el abordaje

de la problemática y la prevención de trastornos a largo plazo.

Puesto que el perfeccionismo es una disfunción primordialmente cognitiva, caracterizada por una serie de creencias irracionales y estructuras rígidas de pensamiento, pero que repercute en una serie de conductas y emociones disfuncionales, la terapia racional-emotiva representa, a juicio de la autora, una de las alternativas más convenientes para el tratamiento de la problemática. Esta modalidad de terapia, que se incluye dentro de la línea cognitiva, tiene como meta principal "ayudar a las personas a pensar de forma racional (científica, clara y flexible); a tener emociones apropiadas y actuar de una forma funcional y adaptativa (eficiente), con el objetivo de lograr sus metas y ser más feliz" (Oblitas Guadalupe, 2004).

La eficacia de la terapia racional-emotiva, como la de cualquier otra que intente tratar el perfeccionismo infantil, podría estar supeditada, entre otros factores, a la cooperación de los padres, quienes deberían ser entrenados para complementar, fuera de sesión, el trabajo del terapeuta. La razón para integrar al equipo familiar en la terapia reside en que una de las hipótesis acerca de la génesis del perfeccionismo infantil, pone la mira en el entorno familiar, específicamente en las relaciones padres-hijos, como facilitadoras del trastorno (Barrow y Moore, 1983; Oros, 2004; Blatt, 1995). Por lo tanto, para observar cambios significativos en el niño, y que los mismos se mantengan en el tiempo, es necesario no sólo modificar el sistema de creencias sino también el sistema de relaciones familiares. En este artículo sólo se ensayarán algunos recursos útiles para la modificación de creencias, emociones y conductas en los niños, postergando el análisis de la estructura familiar para un futuro estudio.

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

### Modalidad de trabajo

#### *Intervención individual vs. Intervención con inclusión familiar y escolar*

El terapeuta puede optar por orientar su trabajo hacia un enfoque singular, es decir trabajando únicamente con el niño que presenta el síntoma, o hacia un enfoque con características sistémicas, si decide incluir como elementos importantes de la terapia a los padres (o cuidadores) y docentes, entre otros.

En la medida en que sea posible, adherirse a este último enfoque podría resultar más beneficioso debido a que se estarían logrando al mismo tiempo tres finalidades: (a) la de ofrecer al niño un servicio personalizado, (b) la de ayudar a los padres a modificar aquellos aspectos del vínculo padre-hijo que atentan contra una recuperación eficaz del niño y

(c) la de orientar a los docentes para que sepan reconocer la problemática y aprendan a conducirse con los niños que la padecen. Tanto padres como docentes, podrán, en el transcurso de la terapia, devenir en agentes de cambio.

La terapia que involucra a la familia como un sistema, se enfoca, no sobre las conductas, emociones y creencias individuales, sino sobre la organización y relación de los miembros como un todo. En esta modalidad cobra mucha importancia el análisis de la comunicación familiar pues provee al terapeuta información sobre la manera en que surgen algunas perturbaciones en los miembros (Reyes Mispireta y Bringas, 2001).

Con respecto a las intervenciones que pueden realizarse desde las escuelas, es muy importante la contribución que ha hecho Kottman (2000), al aportar un listado de técnicas específicas que pueden implementar los consejeros o psicopedagogos desde el gabinete escolar, para ayudar a los niños que presentan este problema; técnicas que desde luego, pueden ser implementadas en otros contextos, incluyendo la sesión terapéutica. Algunas de ellas serán mencionadas más adelante. Es importante destacar que estas técnicas resultan eficaces en el caso de niños con un perfeccionismo leve o moderado que se combina con un perfeccionismo "sano". En el caso de los niños que padecen un perfeccionismo severo, el autor sugiere derivar al clínico. En este último caso, las actividades de los educadores o consejeros, deberían complementar el trabajo clínico y no constituirse como el único abordaje.

#### *Intervención breve vs. Intervención a largo plazo*

Si bien las terapias de índole cognitivo-conductuales suelen ser de corta duración (Feixas y Miró, 1993), los expertos en el tema mencionan que la intervención a largo plazo e intensiva, es la más adecuada para tratar el perfeccionismo severo (Kottman, 2000; Blatt, 1995). Esto es así dado que uno de los objetivos principales del clínico es asistir al niño para que aprenda a modificar su sistema de creencias y, como es bien sabido, las cogniciones, especialmente aquellas mantenidas durante largo tiempo, son difíciles de modificar. Además, como lo mencionan Barrow y Moore (1983), es probable que estas creencias y demandas perfeccionistas hayan sido consideradas erróneamente como la causa de los éxitos, lo que las hace aún más difíciles de abandonar. Se requiere entonces de una terapia extendida; cuán extendida, dependerá de los avances que se observen en el niño. Es muy difícil determinar el número máximo de sesiones a causa de las diferencias individuales de los niños, los cuales pueden estar más o menos adheridos al tratamiento, tener mayor o menor motivación al cambio, tener creencias más o menos arraigadas, etc. El clínico deberá determinar con ayuda de los padres, docentes y medidas de evaluación, si el progreso es lo suficientemente significativo como para justificar la intervención del tratamiento.

*Intervención privada vs. Intervención grupal*

Cuando hablamos de intervención privada no nos referimos a la modalidad singular que ha sido discutida anteriormente (es decir sin la inclusión de los sistemas significativos) sino a si la terapia es o no grupal. En este último caso, el niño se encuentra en cada sesión con otros niños que padecen problemáticas similares y se realizan las actividades colectivamente; en parejas o con el grupo mayor. La elección de este método estará naturalmente supeditada al número de demandas que reciba el terapeuta relacionadas con la problemática.

Reyes Mispireta y Bringas (2001) mencionan que lamentablemente “existe la tendencia popular a subestimar el poder de estos talleres o terapias de grupo porque se asume que todo real problema psicológico debe recibir tratamiento individual”. Sin embargo, la efectividad de esta modalidad ya ha sido probada.

En los casos en que sea factible, Barrow y Moore (1983) sugieren el trabajo en grupo. Estos autores han diseñado un plan de intervención grupal que ha obtenido muy buenos resultados y ha demostrado ser una alternativa valiosa por varias razones. Algunas de ellas, que podrían aplicarse a la población infantil son: (a) que el niño conoce y se relaciona con otros niños que se enfrentan a preocupaciones similares, (b) que el niño tiene la posibilidad de apreciar en sí mismo y en otros, maneras alternativas y más funcionales de pensar y reaccionar ante las situaciones, (c) que el niño tiene la oportunidad de observar el progreso de sus pares, lo que puede ejercer un impacto significativo sobre su propia motivación al cambio. Puesto que los mismos niños actúan como modelos, el tratamiento se vería enriquecido con el aprendizaje vicario.

De acuerdo a Barrow y Moore (1983) dos de los elementos que ayudan a la eficacia del programa son la impredecibilidad y la espontaneidad. Si bien los autores tienen objetivos y estrategias terapéuticas preestablecidas, intentan dirigir el grupo de manera casual e informal. En su artículo *Group Interventions with Perfectionistic Thinking*, proveen una lista detallada de actividades didácticas que pueden resultar útiles. Algunas de ellas se expondrán más adelante.

Reyes Mispireta y Bringas (2001) mencionan varios aspectos que el terapeuta deberá tener en cuenta antes de trabajar con grupos. Algunos de ellos son: (a) determinar el tamaño del grupo, (b) decidir si el grupo estará abierto a nuevos ingresantes, (c) si se trabajará con un coterapeuta y (d) cuáles serán los criterios de selección de los integrantes. Con respecto al primer punto, los autores aconsejan no superar el máximo de cuatro integrantes cuando los niños muestran problemas para controlar su impulsividad. En otros casos, donde el grupo resulte más dócil, podrían incluirse entre 6 y 8 niños en un mismo grupo. Con relación al segundo punto, se sugiere que los mismos niños decidan si se permitirá el ingreso de un nuevo participante una vez que hayan comenzado las sesiones grupales. Con respecto a la posibilidad de contar con la colaboración de un co-terapeuta, cabe decir

que en estos casos puede resultar muy beneficioso. Tener un profesional adjunto puede “dinamizar las actividades y facilitar el manejo de grupos grandes” (p.42). Es responsabilidad del terapeuta asegurarse de que el co-terapeuta elegido comprenda y comparta los objetivos grupales. Finalmente, con relación a los criterios de selección, los autores recomiendan no incluir en esta actividad a aquellos niños que: (a) sean significativamente más o menos inteligentes que los demás, ya que el contraste puede ser desalentador para el mismo niño o para el grupo; (b) no estén dispuestos a colaborar para superar sus problemas y (c) presenten una verborrea incontrolable, sean gritones o violentos. No se considera una característica de exclusión la indiferencia o la no participación activa; aún los niños que presentan estas características pueden estar obteniendo grandes beneficios del trabajo grupal.

**Recursos técnicos**

Antes de exponer los recursos técnicos, es importante destacar que, tal como lo expresan Minuchin y Fishman (1992), las técnicas, por sí mismas, no aseguran la eficacia de una terapia. El terapeuta debe ser capaz de “trascender lo técnico” (p. 15). Hay infinidad de elementos terapéuticos que posibilitan el éxito o fracaso del tratamiento, entre ellos, quizá uno de los más relevantes sea la calidad del vínculo que se haya gestado entre el terapeuta y el niño y entre el terapeuta y la familia. “Van quedando atrás los tiempos en los que muchos clínicos estimaban que si la técnica era la correcta, la relación terapéutica era poco relevante” (Opazo, 1992, p. 401).

Las técnicas que se mencionan a continuación son sólo un ejemplo de las muchas que podrían implementarse y que deberán ajustarse a las preferencias y al estilo del terapeuta, así como también a la edad del niño. Para una mejor organización, se presentan agrupadas según las diferentes estrategias de trabajo que podrían guiar el proceso terapéutico.

*Estrategia 1: Definición del contexto de trabajo*

Al trabajar con niños, es necesario que el terapeuta tenga en claro que en muchas ocasiones, los menores ignoran cuál es la función del psicólogo y qué beneficios pueden obtener al transmitirle sus preocupaciones. Es importante para formar la alianza terapéutica que se corrijan las ideas falsas y se le explique al niño, de un modo sencillo, cuál es la misión del terapeuta (Reyes Mispireta y Bringas, 2001).

Otras sugerencias que mencionan Reyes Mispireta y Bringas (2001) para establecer la alianza terapéutica y ganar la confianza de los menores son: (a) hacer que el niño llame al terapeuta por su nombre, sin mencionar su título (b) relacionarse con el paciente de manera espontánea e informal, (c) definir los objetivos de trabajo de una manera concreta y específica, (d) regular la duración de los encuentros en función de las características evolutivas y la capacidad de concentración del niño, (e) permitir la flexibilidad en el diseño

de las sesiones, incluyendo actividades poco convencionales como visitar al menor en su casa, caminar y jugar con él, etc.

Feixas y Miró (1993) incluyen como uno de los recursos técnicos del tratamiento cognitivo general, la explicación del fundamento teórico de la terapia al cliente, en este caso, al niño y su familia. "Comunicar la razón del programa" ayuda a lograr mayor motivación en los participantes (Barrow y Moore, 1983). Si el niño y su familia saben en qué consiste el tratamiento y qué pueden esperar de él, es más probable que se muestren colaborativos (Navarro Góngora, 1995). Según Navarro Góngora (1992) una estrategia que puede ayudar a aumentar la motivación al cambio es definir el tratamiento en términos de *entrenamiento*. Hablar de entrenamiento da la idea al cliente de que se seguirá una secuencia ordenada y progresiva de tareas, de que los resultados no se conseguirán rápidamente y de que los mismos dependerán de sus propios esfuerzos.

Es importante explicar con claridad la modalidad de trabajo y los recursos técnicos que se emplearán. Puesto que se va a trabajar en la modificación de creencias irracionales desde el enfoque racional-emotivo, explicar al niño y su familia el modelo "ABC" de Ellis puede ayudar a comprender los lineamientos básicos de la terapia. En dicho modelo, "A" estaría representando el acontecimiento o situación que actúa como estímulo y desencadena las creencias irracionales, "B" serían los pensamientos irracionales, las atribuciones exageradas o mal hechas y las autodemandas sobreexigentes, y "C" las reacciones perfeccionistas, que abarcan conductas y emociones disfuncionales. Ellis sostiene que en general, no son los acontecimientos externos en sí mismos los que producen las respuestas conductuales o emocionales. Es el proceso de valoración personal sobre esos eventos, lo que desencadena las consecuencias. "El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en las consecuencias (es decir resulten más o menos perturbadoras) dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular" (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1999). Oblitas Guadalupe (2004) menciona que las situaciones no pueden, por sí mismas, producir sentimientos; éstos son creados en la mente, a través de la evaluación que se hace de la realidad. "Cuando las evaluaciones se basan en premisas y creencias irracionales, las emociones resultantes son tensionantes y surgen conductas desadaptativas".

Sólo cuando el niño y su familia han comprendido claramente en qué consiste en modelo ABC, se procede a trabajar en la siguiente estrategia.

*Estrategia 2: Reconocimiento de las creencias irracionales y cuestionamiento de los pensamientos automáticos*

Para ayudar a disminuir, y en el mejor de los casos eliminar, la perturbación emocional, la TRE propone enseñar al paciente a reconocer y debatir activamente sus creencias, con el fin de desarrollar una nueva filosofía que le permita pensar y actuar de una manera más funcional (Oblitas Guadalupe, 2004). En esta fase de la terapia, se enseña al niño a

identificar los pensamientos irracionales, detectar los errores cognitivos más frecuentes y cuestionar la validez de los mismos.

Una vez que se ha explicado al niño el modelo ABC de Ellis, puede resultar útil un procedimiento utilizado por Barrow y Moore (1983) para conocer no sólo los pensamientos automáticos más característicos, sino además qué situaciones particulares los elicitan (un exámen, una práctica deportiva, etc.) y qué respuestas conductuales (evitación, paralización) o emocionales (ansiedad, frustración, culpa, vergüenza, enojo, etc.) son las que habitualmente surgen como consecuencia de ellos y/o frente al fracaso de las autodemandas. La actividad consiste en solicitar al niño que desarrolle por escrito la secuencia ABC, teniendo en cuenta sus experiencias personales. Si la modalidad de trabajo es grupal, como lo proponen Barrow y Moore (1983), esta información proporcionada por los niños, se comparte luego con el grupo, donde seguramente se descubrirán experiencias similares.

Para ayudar a los niños a que reconozcan sus pensamientos automáticos ("Debo ser perfecto", "Debo ser el mejor en todo lo que hago", etc.) se podría utilizar una técnica visual, también empleada por Barrow y Moore (1983). Estos autores adhieren a las paredes de la sala de trabajo una serie de carteles o posters donde se pueden leer algunos "dichos" o expresiones típicamente perfeccionistas. Estos carteles, que permanecen allí durante algún tiempo, podrían ayudar a los niños a identificar sus propias creencias absolutistas. Esta idea puede resultar particularmente útil debido a que como lo menciona Oblitas Guadalupe (2004) muchos pensamientos disfuncionales no son identificados como tales y se requiere de un entrenamiento sistemático para facilitar el proceso de descubrimiento de los mismos.

Una vez que los niños han realizado la tarea de reconocimiento, se puede examinar el grado de racionalidad y certeza de los pensamientos, cuestionando las afirmaciones rígidas. El terapeuta debe utilizar todo tipo de argumentos que permitan demostrar la irracionalidad de las creencias del cliente (Feixas y Miró, 1993). La creencia "Mis amigos me querrán menos si ven que me equivoco" se puede confrontar con la opinión de un amigo, invitado a participar de la sesión terapéutica. Se podría solicitar al invitado que indique cómo reaccionaría si viera fracasar a su compañero y contrastar su respuesta con la opinión del niño (Barrow y Moore, 1983).

Al trabajar esta estrategia, es imprescindible que el terapeuta considere las consecuencias reales y posibles. Deben analizarse seriamente los temores del niño y considerar las posibles "catástrofes" que él espera. La afirmación "pienso que si cometo errores mis padres no me querrán más", se cuestiona en términos de su grado de realidad pero con la prudencia que ello requiere. Téngase en cuenta que algunos estudios han demostrado que ciertos padres, probablemente también perfeccionistas, utilizan como castigo el retiro afectivo frente a las fallas del niño (Oros, 2004). Este aspecto es el que justifica la ineludible tarea de evaluar el estilo de crianza de los padres y aplicar, si fuera menester, un programa

destinado a educar a los padres para que desarrollen pautas de crianza más saludables -la TRE también tiene aplicación para el ámbito de la psicoterapia familiar- (Reyes Mispireta y Bringas, 2001). Si el terapeuta no considerara este elemento, podría trabajar infructuosamente para cambiar estas creencias del niño, las cuales volverían a instaurarse al interactuar con los padres. Tal esfuerzo por parte del terapeuta no sólo resultaría estéril, sino que además, estaría generando un conflicto cognitivo en el niño.

Debido a que el perfeccionismo está muy relacionado a la ansiedad (Arana, 2003), también puede ser muy útil en las primeras sesiones, entrenar al niño en técnicas sencillas de relajación para que pueda realizarlas en los momentos de tensión.

### *Estrategia 3: Modificación de las creencias irracionales*

Uno de los objetivos terapéuticos, es cambiar la filosofía demandante (debo, necesito, estoy obligado a) por una filosofía preferencial (prefiero, deseo, quiero).

El terapeuta enseña al niño a cambiar los enunciados radicales y absolutos por enunciados moderados y probabilísticos. La afirmación: “Equivocarme en las tareas es lo peor que me puede pasar” se cambia por una aseveración que cause menos disturbios. En la Tabla 1 se presentan una serie de pensamientos irracionales y aquellos por los que podrían sustituirse.

**Tabla 1:** Ejemplo de pensamientos irracionales y sus alternativos saludables.

<b>Pensamientos irracionales</b>	<b>Pensamientos alternativos</b>
No debo cometer errores Soy un fracaso total	Preferiría no equivocarme Como le pasa a todos los niños, a veces yo también me equivoco
No puedo soportarlo Necesito ser el mejor	Puedo aceptar lo que no me gusta Me gustaría destacarme en esto
Esto no me debería haber pasado	Es feo lo que me pasó, pero es parte de la vida

Si se tiene la posibilidad de trabajar con un grupo de niños, una manera creativa de ejercitar esto, sería mediante el juego de roles, propuesto por Barrow y Moore (1983). Se instruye a la mitad del grupo para que asuma el rol de “esclavos del perfeccionismo” y a la otra mitad (a quienes se une inicialmente el terapeuta) para que asuma el rol contrario. El primer grupo debe verbalizar los pensamientos perfeccionistas mientras que el segundo grupo debe rápidamente encontrar una alternativa de pensamiento más equilibrada y saludable. Los roles se intercambian luego de unos minutos. Si no se cuenta con un grupo de participantes, los roles pueden ser asumidos por el terapeuta y el niño.

Barrow y Moore (1983), utilizan también otra técnica para ejercitar la modificación de pensamientos perfeccionistas. La misma se utiliza al final del tratamiento, haciendo uso de los carteles adheridos a la pared, que se han mencionado más arriba. La actividad consiste en pedir a los niños que propongan una sentencia alternativa a la que está escrita en el póster, la cual debe mantener algo del significado de la frase pero ser más funcional y adaptativa que ésta. Si el terapeuta o el grupo aceptan como válida la sugerencia del niño, se sustituye el cartel de la pared por uno nuevo.

Una tarea típica para casa es solicitar al niño que practique durante la semana el autodiálogo positivo (Reyes Mispireta y Bringas, 2001).

### *Estrategia 4: Modificación de las emociones y conductas asociadas al fracaso de las autodemandas.*

La TRE implica una reeducación de las habilidades emocionales y prácticas (Reyes Mispireta y Bringas, 2001). Esta estrategia se puede desarrollar mediante el uso de numerosos

recursos: (a) narrativos (historias o cuentos), (b) visuales (títeres o dramatizaciones), (c) interactivos (juego de roles, discusión en grupos), etc.

Kottman (2000) menciona ejemplos para cada uno de estos recursos, los cuales son empleados con el fin de enseñar a los niños maneras adaptativas de reaccionar ante el fracaso de algún objetivo. Se emplean historias o dramatizaciones en las cuales los personajes principales se proponen metas elevadas pero no imposibles (destacando así que no está mal tener aspiraciones altas) pero ante la incapacidad de alcanzar alguna de ellas, muestran actitudes funcionales. No persisten obstinadamente en querer lograr lo inalcanzable ni se paralizan, sino que buscan metas alternativas que sean más accesibles para esa ocasión en particular. Es decir, se elijen personajes que son exitosos, sin ser perfectos.

Utilizando la información proporcionada por el niño en la “tarea del ABC” (Estrategia 1), se analizan las reacciones conductuales y emocionales frente situaciones de fracaso (punto C) y se discuten las consecuencias derivadas de ellas. Luego, el niño debe proponer reacciones alternativas que resulten más ventajosas. El objetivo es mantener el componente sano del perfeccionismo (como el deseo de superación y la instauración de aspiraciones altas) pero erradicar los aspectos insanos (la intensa emocionalidad negativa, las conductas agresivas, etc.). Se podría sugerir al niño llevar un registro de sus creencias, emociones y conductas para diseñar “recompensas” que refuercen positivamente los progresos. Es importante premiar socialmente al niño en la sesión de terapia y motivarlo a premiarse a sí mismo fuera de sesión. Si bien esto último constituye un procedimiento menos controlado, resulta muy efectivo (Oblitas Guadalupe, 2004).



Tanto para la cumplir con la estrategia 3 como con la 4, puede ayudar el empleo de intervenciones paradójicas. Las mismas serían particularmente útiles en el caso de niños muy resistentes al cambio o que perciben un bajo control sobre su comportamiento (Navarro Góngora, 1995; Kleinke, 1995). Kottman propone utilizar, como intervención paradójica, la prescripción sintomática. El terapeuta podría solicitar al niño que continúe gestando pensamientos irracionales y manifestando conductas y emociones desadaptativas. El niño, por prescripción terapéutica, tendría que, en determinados momentos previamente acordados con el psicólogo, ser excesivamente crítico con su desempeño, intentar despertar

la ansiedad típicamente perfeccionista, etc. Se espera que esta actividad ayude al niño a reconocer que puede tomar el control de su problema. Si es conciente de que puede “generar” el malestar, será conciente de que puede deshacerse de él.

Reyes Mispireta y Bringas (2001) han realizado una síntesis de los objetivos y recursos técnicos que podrían emplearse para la modificación de creencias, emociones y conductas desadaptativas según el nivel evolutivo del niño. Utilizando la taxonomía de Piaget, de los estadios del desarrollo cognitivo, estos autores distinguen las metas de la TRE para cada período tal como se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2: Desarrollo cognitivo y aplicación de la TRE.

Estadio	Edad	Objetivos de la TRE	Recursos técnicos
Preoperatorio y Operatorio concreto	2-12	Identificar emociones correctamente	<i>Preoperatorio:</i> Uso de representaciones pictóricas e imaginables (dibujos, diagramas, historias), ludoterapia, técnicas de juegos de roles. <i>Operaciones concretas:</i> Uso de ejemplos concretos y métodos didácticos ilustrativos. Se permite al niño ser un aprendiz activo, facilitándole el conocimiento, “haciendo” y no sólo “mirando”. Uso de discusiones conductuales con consignas racionales.
		Desarrollar un vocabulario emocional	
		Distinguir entre lo funcional y lo disfuncional (pensamientos, sentimientos y conductas constructivas y destructivas)	
		Diferenciar entre sentimientos y pensamientos	
		Modelar el autodiálogo racional	
		Hacer la conexión entre el autodiálogo y las emociones-conductas	
		Interiorizar consignas racionales	
Operaciones abstractas	12 en adelante	Enseñar el ABC	<i>Discusión de las creencias irracionales.</i> Uso del autodiálogo racional. Discusión con modelamiento, imagería y exposición conductual.
		Discutir el “catastrofismo”, los “no puedo soportarlo”	
		Discutir los “debo”, “tengo que” y “debería”	
		Poner a prueba la baja tolerancia a la frustración	
		Trabajar la autoaceptación	
		Corregir las falsas inferencias de la realidad	
		Utilizar estrategias de discusión apropiadas (análisis empírico, discusiones lógicas, funcionales y filosóficas)	
		Enseñar y practicar las consignas racionales	
Aumentar las habilidades comunicacionales (asertividad)			

Se aconseja que antes de interrumpir el tratamiento, se realice una evaluación post-tratamiento con el objeto de comparar los resultados con la evaluación inicial. Tomando una de las ideas de Barrow y Moore (1983), puede resultar provechoso que los mismos niños discutan con el terapeuta los ítems de la escala en los cuales se han reportado cambios significativos.

Éstos son sólo ejemplos de las múltiples actividades que podrían emplearse para tratar el perfeccionismo infantil. Esta lista está incompleta, se apela a la creatividad y la experiencia del terapeuta para enriquecerla y ampliarla.

## Conclusión

La intención de este trabajo ha sido exponer las razones por las cuales el perfeccionismo infantil constituye un factor de

vulnerabilidad psicológica que debe diagnosticarse y tratarse a tiempo para prevenir disfunciones futuras. Los argumentos que están a favor de esta hipótesis son los siguientes: (a) el perfeccionismo predice la escasez de recursos para afrontar el estrés lo que (b) favorece la utilización de modos poco funcionales y adaptativos de manejar las situaciones adversas, dejando indefenso al individuo y (c) aumentando así, su probabilidad de enfermar.

Así mismo, este trabajo se propuso brindar información para el diagnóstico clínico y aportar ejemplos de diversas modalidades y recursos técnicos que tienen como base la modificación cognitiva, emocional y conductual de aquellos patrones rígidos que resultan nocivos para la adaptación saludable. Las estrategias que se han analizado en profundidad son: (a) la definición del contexto de trabajo, (b) el reconocimiento de los pensamientos perfeccionistas, (c) la modifi-

cación de las creencias irracionales y (d) la modificación de las conductas y emociones asociadas al fracaso.

Las estrategias de trabajo que se han presentado aquí, y el orden en que han sido abordadas, no se imponen como un modelo único e inequívoco, sino como una breve compila-

ción de técnicas que han resultado útiles para otros terapeutas.

Se espera que el número de trabajos acerca de esta problemática se multiplique, así como los esfuerzos destinados a trabajar en favor de aquéllos que, desde pequeños, son víctimas de este adversario de la salud: el perfeccionismo.

## Referencias

- Arana, F.G. (2003). Fobia social como problema de alto perfeccionismo: Estudio de caso aplicando un tratamiento cognitivo conductual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 11 (3), 191-209.
- Ashby, J.S. y Kottman, T. (1996). Inferiority As a Distinction Between Normal and Neurotic Perfectionism. *Individual Psychology*, 52 (3), 237-245.
- Ashby, J.S. y Rice, K.G. (2002). Perfectionism, Dysfunctional Attitudes, and Self-Esteem: A Structural Equations Analysis. *Journal of Counseling and Development*, 80 (2), 197-203.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée De Brouwer.
- Barrow, J.C. y Moore, C.A. (1983). Group Interventions with Perfectionistic Thinking. *The Personnel and Guidance Journal*, 61 (10), 612-615.
- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for de treatment of depression. *American Psychologist*, 50 (12), 1003-1020.
- Casullo, M.M. (1995). El proceso de evaluación en Psicología Clínica. *Dinámica*, 1 (2), 128-132.
- Cockell, S.J., Hewitt, P.L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E.M., Flett, G.L. y Remick, R.A. (2002). Trait and Self-Presentational Dimensions of Perfectionism Among Woman with Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (6), 745-758.
- Chang, E.C. (2002). Examining the Link Between Perfectionism and Psychological Maladjustment: Social Problem Solving as a Buffer. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (5), 581-595.
- del Barrio, V. (2001). *Los factores de riesgo de la depresión infantil*. Actas del 28 Congreso internacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile.
- Dunkley, D.M. y Blankstein, K.R. (2000). Self-Critical Perfectionism, Coping, Hassles, and Current Distress: A Structural Equation Modeling Approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (6), 713-730.
- Dunkley, D.M.; Zuroff, D.C. y Blankstein, K.R. (2003). Self-Critical Perfectionism and Daily Affect: Dispositional and Situational Influences on Stress and Coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (1), 234-252.
- Egeland, B., Carlson, E., y Sroufe, L.A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.
- Eisenberg, N. (1991). Values, Sympathy, and Individual Differences: Toward Pluralism of Factors Influencing Altruism and Empathy. *Psychological Inquiry* 2 (2), 128-131.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Ferrari, J.R. y Mautz, W. T. (1997). Predicting Perfectionism: Applying tests of Rigidity. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 1-6.
- Fierro, A. (1997). Estrés, Afrontamiento y Adaptación. En M. I. Hombrados Mendieta (Coord.), *Estrés y Salud* (pp. 11-37). Valencia: Promolibro.
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Stress, Positive Emotion, and Coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9 (4), 115-118.
- Fredrickson, B.L. y Joiner, T. (2002). Positive Emotions Trigger Upward Spirals Toward Emotional Well-Being. *Psychological Science*, 13 (2), 172-175.
- Frijda, N.H., Manstead, A.S.R. y Bem, S. (2000). The influence of emotions on beliefs. En N. H. Frijda, A.S.R. Manstead y S. Bem (Eds.), *Emotions and Beliefs. How Feelings Influence Thoughts* (pp.1-9). Paris: Cambridge University Press.
- Heatherton, T.F. y Wyland, C.L. (2003). *Assessing Self-Esteem*. En S.J. Lopez y C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment. A Handbook of Models and Measures*. Washington: American Psychological Association.
- Hewitt, P.L. y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (3), 456-470.
- Hewitt, P.L. y Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, Daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 58-65.
- Kawamura, K.Y., Hunt, S.L., Frost, R.O., DiBartolo, P. (2001). Perfectionism, Anxiety, and Depression: Are the Relationships Independent?. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (3), 291-301.
- Kleinke, C.L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kottman, T. (2000). Perfectionistic Children and Adolescents: Implications for School Counselors. *Professional School Counseling*, 3 (3), 182-188.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemos, V. (2004). *Operacionalización del constructo personalidad infantil a partir del enfoque de los Cinco Grandes Factores de Personalidad*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.
- Lombardi, D.N., Florentino, M.C. y Lombardi, A.J. (1998). Perfectionism and Abnormal Behavior. *Journal of Individual Psychology*, 54 (1), 61-71.
- Minuchin, S. Fishman, H.Ch. (1992). *Técnicas en terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y Programas en Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Navarro Góngora, J. (1995). *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2004). *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Los 18 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia*. (2a. ed.) Bogotá: Psicom.
- Opazo, R. (1992). *Integración en psicoterapia*. Chile: Cecidep.
- Oros, L.B. (2003). Medición del perfeccionismo infantil: Desarrollo y validación de una escala para niños de 8 a 13 años de edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16 (2), 99-112.
- Oros, L.B. (2004). *Incidencia de las prácticas parentales sobre las creencias y los modos de afrontamiento del niño*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.
- Reyes Mispireta, P. y Bringas, R. (2001, octubre). *Abordaje con niños. La terapia Racional Emotiva en Niños, Adolescentes y Familias*. Seminario Taller, Universidad de Flores, Buenos Aires, Argentina.
- Rice, K.G. y Preusser, K. J. (2002). The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 210-222.
- Richaud de Minzi, M. C. (1991). La percepción de la amenaza y la formación de recursos para el afrontamiento del estrés. Un estudio en niños. *Revista Interamericana de Psicología*, 25 (1), 23-33.
- Richaud de Minzi, M. C., De Monte, G.L., Musso, M.F., Abalos, C.C. y Biberberg, V. (en prensa). *Positive Psychology: A new approach in psychological research*.
- Richaud de Minzi, M. C.; Sacchi, C. J. y Moreno, J. E. (2003). *Tipos de influencia parental, socialización y afrontamiento de la amenaza en la infancia*. Informe parcial; PICT 99, N° 04-06300.
- Richaud de Minzi, M.C. (1999). Relationship with significant others and loneliness feelings during adolescence. *Actas del VI European Congress of Psychology*, Roma, Italia.
- Richaud de Minzi, M.C. y Sacchi, C. (1997). *Relaciones Interpersonales en la infancia y los recursos para el afrontamiento de la amenaza*. Informe final; PID N° 31279/92.
- Trianes, M.V. (1997). Estrés en las relaciones interpersonales en niños y adolescentes. En M.I. Hombrados Mendieta (Coord.), *Estrés y Salud* (pp. 473-493). Valencia: Promolibro.
- Weiner, B. (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. *Journal of Educational Psychology*, 75, 530-543.

(Artículo recibido: 22-12-2004, aceptado: 4-10-05)