

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales Y Humanidades

**Relación entre Niveles de Ansiedad y Rasgos de Perfeccionismo en
Estudiantes de los Últimos años de Psicología Clínica en la Universidad
San Francisco de Quito vs Estudiantes de los Primeros años de Psicología
Clínica**

Cristina Alejandra Curillo Dávila

Michelle Arguello, M.A., Directora de Tesis

Tesis de Grado presentada como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, diciembre de 2014
Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Relación entre Niveles de Ansiedad y Rasgos de Perfeccionismo en Estudiantes de los
Últimos años de Psicología Clínica en la Universidad San Francisco de Quito vs
Estudiantes de los Primeros años de Psicología Clínicas**

Cristina Alejandra Curillo Dávila

Michelle Arguello, M.A.
Director de Tesis

Ana María Viteri, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

Lellany Coll, PhD(c)
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, Ph.D
Directora del programa

Carmen Fernández Salvador, Ph.D.
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, diciembre de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Cristina Alejandra Curillo Dávila

C. I.: 1723542203

Lugar: Quito, diciembre de 2014

DEDICATORIA

Me gustaría tomar este espacio para dedicar el esfuerzo y la representación de este trabajo a José y Rosario, por ser la luz incondicional que atraviesa distancias y por todos sus cuidados y amor incluso en su ausencia. Les extraño siempre.

Estoy segura, lo hubieran leído.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer profundamente a Michelle Arguello, directora de esta tesis; por su guía, paciencia y compromiso, admiro mucho la valentía y optimismo de su persona, nos hace sentir que es posible. Gracias Michelle, por toda tu ayuda y consejos.

De la misma forma agradezco a Ana María Viteri que le ha dedicado con la mejor sonrisa y predisposición un tiempo a la revisión de esta tesis. Por otra parte, mis gratitudes a Lellany Coll por su apertura a la lectura de este trabajo y sus enseñanzas que me servirán toda la vida.

Agradezco de una manera muy especial a mi familia, por ser el soporte de mi vida. A mis papás que han sido esos pilares incondicionales, su paciencia y el amor que me han dado me hacen sentir bendecida y agradecida cada día. A mis hermanas Sofía y María Mercedes por ser las personas que me acompañan en todo momento, sus sonrisas me alegran la vida y me han dado el valor en todo lo que he dudado. Les Amo Infinitamente.

Finalmente, pero no menos importante, quiero dar unas gracias extensivas a todos mis amigos *Margarita, Tammy, Evelyn*, que de una u otra forma han compartido momentos irremplazables conmigo. Con un toque especial, a Valeria por ser como una hermana, la responsable de que las mejores aventuras de mi vida sucedan y la mejor persona que he tenido el placer de conocer también a Gustavo, por ser de los amigos que sólo pocos tenemos la fortuna de encontrar, la persona que me enseña que el cariño y apoyo incondicional nunca están sobreestimados. Gracias a los dos por la paciencia, los buenos ratos y el apoyo.

RESUMEN

La ansiedad ha sido un tema extensivamente revisado en la literatura, su co-existencia con otros trastornos ha sido empíricamente probada. Por otra parte, el perfeccionismo ha sido descrito como una estructura multidimensional, generalmente, rígida de pensamiento, relacionado un transdiagnóstico para depresión, problemas alimenticios y para ansiedad. En la presente investigación se busca encontrar una correlación entre niveles de perfeccionismo y niveles de ansiedad. Para ello, se utilizó la aplicación de dos pruebas con propiedades psicométricas adecuadas, El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala Multidimensional de Frost (FMPS), que buscan medir niveles de ansiedad y perfeccionismo en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito exclusivamente de los primeros y últimos años. Los análisis estadísticos se hicieron siguiendo el Manual de Minitab 14 y los resultados arrojan una significancia estadística para la hipótesis principal, a pesar de haber sido rechazada. Los resultados además niegan una relación de ansiedad y perfeccionismo para la variable género por falta de validez y confirman la relación de perfeccionismo y año académico.

Palabras clave: *ansiedad, perfeccionismo, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Multidimensional de Frost (FMPS).*

ABSTRACT

Anxiety has been a subject extensively reviewed in the literature, its co-existence with other disorders has been empirically tested. On the other hand, perfectionism has been described as a multidimensional structure characterized by a rigid structure of thinking, there is evidence for transdiagnostic of perfectionism related to depression, anxiety and eating disorders. This investigation seeks to find a correlation between perfectionism and anxiety levels. In order to achieve this, The Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Frost Multidimensional Scale (FMPS) were applied with the main objective of measuring anxiety and perfectionism in a college sample, conformed by Clinical Psychology students of the first and last years in San Francisco University. Both tests have excellent reliability and validity within its psychometric properties. Statistical analysis was done using Minitab14 and the results shown a statistical significance for the primary hypothesis, despite the negation of this one. It also suggests a lack of significance for the relationship between gender and anxiety and perfectionism. Finally it confirms a relationship between perfectionism and academic year.

Keywords: *anxiety, perfectionism, Beck Anxiety Inventory (BAI), Multidimensional Frost Scale (FMPS).*

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	10
Antecedentes.....	11
El problema	13
Hipótesis	13
Pregunta(s) de investigación.....	14
Contexto y marco teórico	14
Definición de términos	16
Presunciones del autor del estudio.....	17
Supuestos del estudio	18
REVISIÓN DE LA LITERATURA	20
Géneros de literatura incluidos en la revisión	20
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	20
Formato de la revisión de la literatura	211
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	76
Justificación de la metodología seleccionada.....	76
Herramienta de investigación utilizada	78
Descripción de participantes	81
Fuentes y recolección de datos	83
ANÁLISIS DE DATOS	86
Detalles del análisis	86
Importancia del estudio	89
Resumen de sesgos del autor	90
CONCLUSIONES	992
Respuestas a las preguntas de investigación.....	992
Limitaciones del estudio	98
Recomendaciones para futuros estudios.....	99
Resumen general.....	101
REFERENCIAS	103
ANEXO A:	110
ANEXO B:	112

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Durante la vida universitaria existen factores diversos que colocan a los estudiantes en el foco de atención. Se generan presiones por parte de los padres, de la sociedad, de los profesores, individuales y de la carrera a medida que la persona avanza académicamente. Dichos factores pueden ir afectando su estado emocional o mental.

Es muy probable que las exigencias actuales promuevan estados psicológicos más ansiosos en comparación con tiempos anteriores motivados por conductas y rasgos de personalidad perfeccionistas. A pesar que el tema ha sido descrito desde el siglo XVIII (Stein y Hollander, 2004), la investigación ha sido limitada en países en vías de desarrollo como es Ecuador. Este estudio busca presentar información sobre la ansiedad y el perfeccionismo en una población cercana y generar datos en una escala menor que posteriormente pueda servir para otros estudios ampliado o aplicado a distintas muestras.

Los estudios de ansiedad se colocan en un marco importante dentro de las ciencias de salud mental. Sus orígenes se remontan a inicios del siglo XVIII donde por primera vez se incorpora el término ansiedad al lenguaje médico de las enfermedades mentales (Stein y Hollander, 2004). Como mencionan los autores para este entonces su concepto se describía como una diferencia entre la reacción normal de una persona tras o durante un evento estresante y la reacción exagerada de una persona atravesando situaciones parecidas. Para los últimos tiempos se describe como una reacción emocional básica que se presenta en respuesta a situaciones nuevas, de peligro o intensas (Ortuño, 2010).

Con las herramientas psicológicas y psiquiátricas desarrolladas, se ha estudiado a fondo a la ansiedad con aplicaciones a varias poblaciones con distintos factores y en distintos ambientes. Además, sistemáticamente se ha desarrollado una clasificación que permita describir los tipos de ansiedad en cada uno de los escenarios mencionados con

anterioridad. Así como, se han propuesto varios modelos explicativos, a esto se le agrega la comorbidad con la que se puede acompañar la ansiedad y entonces se genera la pregunta ¿Si existe verdaderamente una correlación entre ellas? ¿Si es una causante de otra?

Durante la descripción de los estados ansiosos se ha propuesto que la ansiedad es altamente comorbida con estados depresivos, abuso de sustancias, somatizaciones, insomnio y trastornos de personalidad (Ortuño, 2010), esto en una población general. Sin embargo, en una muestra más delimitada como es la población universitaria, se ha observado que existe comorbidad con personas con rasgos y actitudes perfeccionistas. Descrita por Frost como un estado en el que la persona se plantea estándares excesivamente elevados, acompañado de una pobre autoevaluación (Al-Naggar, Bobryshev & Alabsi 2013). Dentro del perfeccionismo existen como en la ansiedad descripciones y clasificaciones que serán descritas en esta tesis, con el propósito de hacer una recopilación de literatura que sustente la hipótesis planteada.

Antecedentes

Una breve reseña sobre Ansiedad y Perfeccionismo.

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 y cols, 2013).

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, & 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).

Por otra parte, el perfeccionismo per sé, también se considera como un estado de relevancia. Se sabe 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 & Noble, 2012). Mientras que, el perfeccionismo descrito como adaptativo está relacionado con mejores resultados entre ellos mayores niveles de esperanza y menores niveles de depresión (Gnilka et al., 2012).

Tomando en cuenta lo descrito, anteriormente, el investigador considera de importancia realizar un escaneo de la salud mental de una población escogida dentro de la Universidad San Francisco de Quito. Adicionalmente, tiene gran interés en descartar o aceptar la premisa de una correlación real entre las dos variables de estudio. En el camino además desarrollar varias conclusiones adicionales que incluyan datos epidemiológicos que puedan servir para una primera base de datos sobre ansiedad y perfeccionismo en una muestra de estudiantes de psicología clínica de primeros y últimos años de la Universidad San Francisco de Quito, en futuros estudios sería interesante trabajar en poblaciones más grandes.

El problema

Para el año 2014, los estudios realizados en ansiedad y perfeccionismo en estudiantes de psicología clínica, específicamente, son escasos o nulos en una muestra de residentes Ecuatorianos. 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 Colombia y Chile, se cree es necesario aportar y sobre todo realizar un escaneo de la salud mental de una pequeña población de la Universidad San Francisco de Quito. Adicionalmente, explicar si es que el fenómeno descrito en otros estudios sucede en Ecuador, convirtiéndose así en uno de los primeros estudios realizados en Ecuador, promoviendo futuras investigaciones en el tema.

Sería interesante observar si es que en nuestra muestra existe fenomenología. A la vez tratar de proponer hipótesis y conclusiones nuevas en el tema. Por supuesto, de comprobarse la hipótesis, la contribución investigativa aportaría sustancialmente a datos epidemiológicos en nuestra población y nos daría información real y cercana a un tema de interés general, logrando hacer una comparación entre estudios y colocando a la muestra dentro del gran espectro ya realizado.

Hipótesis

Durante la investigación se busca aceptar o rechazar la premisa de que personas con rasgos o conductas perfeccionistas tienden a ser más ansiosos, en una muestra de estudiantes de psicología clínica de primeros y últimos años académicos de la Universidad San Francisco de Quito. Adicionalmente, se quiere encontrar si existe relación entre la presencia de rasgos perfeccionistas y niveles de ansiedad con los años académicos cursados.

Es importante mencionar que el estudio a pesar de tener una hipótesis central unidireccional, también propone varios cuestionamientos adicionales que se quieren responder en la muestra mencionada; entre ellos; se cree que las estudiantes mujeres tienen mayores índices de ansiedad en comparación con los estudiantes del sexo opuesto, también se propone que las estudiantes mujeres tienen mayores rasgos perfeccionistas.

Pregunta de investigación

De la hipótesis, anteriormente, formulada surge la pregunta de investigación para este estudio. ¿Cómo y hasta qué punto el tener conductas y rasgos perfeccionistas tiene una influencia sobre los niveles de ansiedad que se generan en estudiantes de los primeros y últimos años de Psicología Clínica en una universidad privada del Ecuador?

Si se quiere dicha pregunta global generará una subdivisión de temas que serán contestados en esta tesis, siendo así que se tienen cuatro preguntas investigativas.

1. ¿Existe una correlación real entre rasgos perfeccionistas y niveles ansiosos?
2. ¿El año académico genera una influencia sobre el desarrollo de niveles de ansiedad?
3. ¿El año académico genera una influencia sobre las actitudes y rasgos perfeccionistas?
4. ¿Es el género un factor causal de la ansiedad y el perfeccionismo?

Contexto y Marco Teórico

Considerando el problema que: Los estudiantes que tienen mayores rasgos y conductas perfeccionistas tienden a tener mayores niveles de ansiedad y que es muy probable que exista diferencia dependiendo el nivel académico, se organizará un marco

teórico explicativo completo y holístico para la ansiedad. Dentro del mismo se realizará una breve reseña del tema y su evolución en el tiempo, su clasificación, etiología, epidemiología (ansiedad en mujeres; ansiedad en hombres), descripción en el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición Revisado (DSM – IV- TR), descripción biológica, cognitiva, conductual y emocional.

Por otra parte, para el perfeccionismo se analizará el tema desde un punto de vista psicológico y social. Por lo que se presentará una revisión de conceptos del perfeccionismo y personalidad perfeccionista, clasificación, implicaciones sociales e implicaciones psicológicas.

Finalmente, se propondrá una reseña con investigación comparativa de las dos variables motivo de este estudio. Se espera que la literatura revisada exponga evidencia que asegure que hay una base para sustentar la hipótesis principal.

El propósito del estudio.

La presente investigación pretende demostrar que existe una correlación entre rasgos perfeccionistas y niveles de ansiedad en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito. Mediante los resultados obtenidos se busca corroborar información ya existente a nivel mundial en una población universitaria de primeros y últimos años, residentes ecuatorianos, de tal forma que contemos con datos epidemiológicos de lo que está sucediendo a nivel de salud mental en una muestra de la ciudad de Quito. Además, se espera la información pueda ser utilizada por compañeros de la carrera de psicología y otras carreras de interés que puedan utilizar los conceptos y datos recolectados.

El significado del estudio.

El estudio se espera pueda otorgar una base de datos tanto de ansiedad y perfeccionismo en una muestra específica, aumentando así, la información a estudios de caso realizados anteriormente y que constan en la base de datos de la Universidad San Francisco de Quito. También se espera proponer un escaneo de los niveles de ansiedad y perfeccionismo en estudiantes de psicología clínica, generando datos epidemiológicos de interés para la carrera. Finalmente, servir de guía para futuros estudios en distintas y/o ampliadas poblaciones.

Definición de términos

Ansiedad.- Se entiende como ansiedad a un estado intenso, que se experimenta cuando un individuo siente que está en una situación incómoda, teniendo repercusiones a nivel fisiológico, conductual y cognitivo (Baol & Zabul, 2014).

Perfeccionismo.- Entendido como la práctica de exigirse personalmente y a otros el mejor desempeño posible para una determinada situación (Egan, Wade, Shafran & Antony, 2014).

Estrés.- Se explica que el estrés es una sensación de tensión a nivel físico y psicológico que se presenta en situaciones específicas en las que hay pobres mecanismos de afrontamiento y se vuelven inmanejables, por lo que se percibe la situación como factor estresante (González, 2006).

Comorbidad / Comorbilidad.- Hace referencia a una co-ocurrencia de varios trastornos en una misma persona (Cervera, Haro & Martínez-Raga, 2005).

Locus de Control.- Representación subjetiva de las causas de los acontecimientos y situaciones que ocurren, puede ser de carácter interno si el sujeto asume que los eventos

son efecto de sus decisiones y externos si se considera que no guarda relación con su desempeño (Serrano & Birkbeck, 2013).

Perfeccionismo disfuncional.- Tendencia a mantener estándares muy altos de desempeño, acompañado de angustia y estrés seguido por una posible incapacidad de desempeño adecuado (Egan et al., 2014).

Perfeccionismo Funcional.- Se entiende como perfeccionismo funcional o adaptativo aquel que ayuda o motiva a la persona alcanzar su mejor esfuerzo posible y obtiene satisfacción de sus logros (Egan et al., 2014)

Presunciones del autor del estudio

La primera presunción de esta investigación es que la literatura pre-revisada de estudios en otros países será aplicable a una muestra de residentes ecuatorianos, de suceder esto se entiende que la hipótesis potencialmente podrá ser comprobada.

Como segunda presunción se describe que los participantes llenarán los cuestionarios administrados con la mejor predisposición y de acuerdo a su realidad, de tal forma que los resultados estén basados en respuestas conscientes y honestas.

Como tercera presunción, se cree que la muestra total de personas que servirá para la recolección de datos, será representativa dentro la población de interés. De tal forma, que la hipótesis sea testeada en una muestra adecuada y se genere significancia estadística para poder afirmar o negar la mencionada hipótesis.

En un cuarto punto, se presume que los inventarios escogidos para la recolección de datos, tienen suficientes ítems con contenido relevante para la investigación. Así como también que medirán las dos variables en todos sus contextos. Con la finalidad de poder tener una aproximación más certera de lo que sucede con cada uno de los sujetos.

Como quinta presunción se cree que los datos epidemiológicos presentados tendrán gran valor y que serán estadísticamente significativos por lo que se habrá tomado en cuenta el sesgo así como las variables y factores que están fuera de control del investigador.

Finalmente, se presume que todas las personas involucradas y participantes se registrarán con total ética y profesionalidad de tal forma que se genere un estudio nutrido en información relevante y real.

Supuestos del estudio

La primera asunción de esta investigación es que los estudiantes de Psicología Clínica tienen rasgos perfeccionistas que afectan sus niveles de ansiedad. Con esta premisa se cree se puede medir y contrastar a la muestra en un contexto comparativo junto con otras poblaciones en las que sucede la misma causalidad. Se supone también, los resultados estarán basados en una muestra que ha compartido sus estados reales de ansiedad y perfeccionismo.

Como tercera asunción se cree, que los estudiantes de quintos años son más ansiosos y más perfeccionistas en comparación con la muestra de los estudiantes de primeros niveles, así como también se asume que las estudiantes de género femenino tendrán mayor probabilidad de desarrollar un trastorno ansioso.

Como cuarta asunción se cree, que los datos epidemiológicos presentados tendrán gran valor y que serán estadísticamente significativos. Por lo que, se habrá tomado en cuenta el sesgo y las variables y factores que están fuera de control del investigador.

A continuación se encuentra la revisión de la literatura que cuenta con conceptos y teorización importante para la explicación y descripción del tema. A continuación, la

explicación de la metodología utilizada en este estudio considerando una descripción detallada del proceso. Más adelante constará la evaluación de los datos y los resultados obtenidos y finalmente las conclusiones del estudio y las discusiones del mismo.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Para la recolección de información se usará principalmente libros especializados que traten los temas de ansiedad y perfeccionismo. Sobre todo en los capítulos en los que sea necesario realizar descripciones y proporcionar conceptos, así como también realizar clasificaciones. Adicionalmente, para la información sobre el estudio per sé, se utilizarán revistas indexadas *journals*, los mismos que contengan información relevante y actualizada con relación a la investigación, todos ellos serán tomadas desde los recursos electrónicos de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Para el proceso de selección de temas se hizo una lectura previa del tema. Acompañada de mi directora de tesis se realizó una lluvia de ideas, misma que se fue puliendo durante el desarrollo de esta tesis. Conforme se fue desarrollando se buscó y revisó más material que se considera importante para propósitos de la investigación.

Durante la revisión también se ha utilizado artículos relacionados, mostrados en el buscador de la base de datos electrónicos de la Universidad San Francisco de Quito, que ha servido para llegar a más fuentes (EBSCOhost), utilizando palabras clave en inglés y español como: Ansiedad, Perfeccionismo, Comorbidad, Estudiantes Universitarios. Por otra parte, se usaron textos específicos de ansiedad y de perfeccionismo, así como de libros de psicopatología. Todos los mencionados han sido recuperados de la base de libros virtual y física de la Universidad San Francisco de Quito.

Formato de la revisión de la literatura

Para esta revisión se ha planteado un diseño de tema por tema. De esta forma se explicará un tema de cabecera y a continuación temas secundarios importantes para la teorización de la investigación, permitiendo tener un respaldo teórico profundo. Se empezó con una explicación de los trastornos de ansiedad y el perfeccionismo abarcando todas las áreas posibles dentro de los mismos y finalmente, se habla sobre los estudios encontrados en lo que existe correlación entre estos dos temas.

Tema 1. Trastorno de Ansiedad: Una revisión.

Concepto y Diferenciación de Términos.

El quedarse sin palabras durante un discurso o exposición importante, la paralización mental en el momento de dar una prueba trascendental o la sensación de mareo y de quedarse en blanco al atender a los primeros pacientes, son claros ejemplos de una experimentación real de la llamada; ansiedad.

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. (Durand y Barlow, 2007). 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).

A lo largo de la historia de la psicología las distintas escuelas se han esforzado en proponer descripciones para el término de ansiedad que se ajusten de mejor manera de acuerdo a su corriente (Fernández y Palmero, 1999). Esto ha causado que el término se quede en ambigüedad. Si se observa desde una manera más holística tanto la escuela psicoanalítica, humanista, conductual y cognitiva han colaborado con un entendimiento más profundo del tema, siendo cada uno de sus modelos explicativos válidos para el trastorno ansioso (Fernández y Palmero, 1999).

Desde un punto de vista psicoanalítico. La ansiedad se relaciona con un conflicto esencial en el que se ponen en juego una fluctuación de emociones, pensamientos e imágenes contradictorias (Bransky, 1996). En este marco, Freud ha hecho dos diferenciaciones de la ansiedad dividiéndola en ansiedad realista y la ansiedad neurótica. Las mencionadas se expondrán en el siguiente apartado.

La primera explica que es una ansiedad evidente como respuesta a un peligro externo relacionada con el sistema de huida y el instinto de preservación (Beck, Emert y Greenberg, 2005). Mientras que, la ansiedad neurótica es el resultado de la percepción de un peligro interno motivado por impulsos del inconsciente que amenazan en llegar a la conciencia, generando un miedo en el que los mecanismos de defensa han fallado y el sujeto reacciona a las demandas del *Id* (Ello) haciendo que se actúe impulsiva e instintivamente (Beck et al., 2005). Esto puede ser traducido como una reacción psíquica justificada por una reactivación de una situación infantil atemorizante (Durand y Barlow, 2003).

Humanísticamente, se considera que la ansiedad es el resultado del organismo ante la detección o percepción de peligro (Fernández y Palmero, 1999). Por otra parte,

conductualmente, se intentó desde las primeras descripciones de las escuelas psicoanalíticas y humanista proponer un término más experimental y objetivo. Es entonces que Watson (año, citado en Fernández y Palermo, 1999) describe a la ansiedad como una respuesta conductual y fisiológica a un estímulo externo y es observada como una respuesta del condicionamiento clásico que tiene carácter impulsivo motivacional, puesto que, es la responsable de la capacidad del sujeto para emitir una respuesta.

De la literatura se sabe que a pesar de que la ansiedad es el opuesto a las emociones satisfactorias, es muy necesaria (Saranson y Saranson, 2010). En ausencia de ella no tendríamos un centro de detección de amenazas, además que nos ayuda a impulsar y ejercer un mejor desempeño físico e intelectual. Es remarcable también que sin ella probablemente no se realizarían la mayoría de cosas que diariamente cumplimos (Durand y Barlow, 2003).

Entonces se pregunta ¿Cuándo empieza a ser disfuncional? Se sabe que, cuando los centros de ansiedad permanecen activados aún después de que el individuo sea “consciente” de que no hay amenaza evidente y que el temor no es justificado entonces podemos hablar de efectos agudos del trastorno (Durand, Barlow, 2007). Mismo que debe ser diferenciado para poder ser categorizado como trastorno así como se debe tomar en cuenta la intensidad en la que se presenta, Sin embargo, se sobrentiende que para hablar de niveles ansiosos debe existir una activación constante de los centros de ansiedad que generen niveles más elevados en comparación con un rango estándar en la población en general (Saranson y Saranson, 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. La distinción se muestra a continuación.

Ansiedad y Miedo.

Se diferencia al miedo de la ansiedad dependiendo del estímulo o fuente del que se genere (Beck et al., 2005). Entonces, mientras la ansiedad se genera de una emoción, el miedo tiene una etiología cognitiva, puesto que, involucra una evaluación intelectual de un estímulo amenazante. Por otra parte, los mismos autores mencionan, que la ansiedad es la respuesta emocional hacia dicha apreciación.

Por lo general, cuando una persona menciona que tiene miedo, se refiere a una serie de circunstancias que no están presentes pero podrían ocurrir en un futuro (Beck et al., 2005). Por lo que explica, que la persona experimenta un miedo latente, mientras que cuando la persona experimenta ansiedad, experimenta un estado emocional subjetivo desagradable (Durand y Barlow, 2007). Conformado a la vez por sentimientos subjetivos desagradables como tensión, nerviosismo además de síntomas físicos como náuseas, mareo entre otros (Beck et al., 2005). Siendo así que, se resume que el miedo es la emoción generada al evaluar el peligro y la ansiedad es el estado emocional desagradable evocado cuando el miedo es estimulado.

Adicionalmente, tanto el miedo como la ansiedad se activan por estimulación del sistema neuro-vegetativo (Jarne y cols., 2006). Sin embargo, la reacción del miedo generalmente es consecuencia de un estímulo real y concreto y tiene una respuesta de huida o afrontamiento. Mientras que la ansiedad no necesariamente tiene un estímulo real, más bien, es de carácter subjetivo y a veces incluso llega a ser inexistente teniendo como consecuencia alteraciones cognitivas y conductuales en la mayoría de los casos (Jarne y cols., 2006).

Ansiedad, Fobia y Pánico.

Se entiende como fobia al miedo hacia un específico objeto o situación, por ejemplo, miedo a las arañas o a lugares cerrados (Beck et al., 2005). Como mencionan los mismos autores, de presentarse algún estresor importante, la fobia se activa y la reacción del sujeto puede variar entre una ansiedad leve y un ataque de pánico. Las situaciones y los eventos pueden variar desde hablar en público hasta tener un miedo exagerado al salir de casa, de monstruos y animales grandes, a insectos y animales pequeños siendo estas las más comunes (Saranson y Saranson, 2010). La característica principal de la fobia involucra una elevada evaluación del grado de riesgo de una situación u objeto que pueden ser relativamente seguros (Beck et al., 2005).

En las situaciones que generan fobia la persona no es consciente del miedo exagerado hasta que es expuesto a la situación de peligro que ha sido evaluada como tal (Beck et al., 2005). Es entonces cuando la persona se imagina / expone cerca del objeto o de la situación de miedo que desencadena una ansiedad leve que puede escalar hasta llegar a un ataque de pánico. Sin embargo, mientras no haya exposición de ningún tipo la fobia se mantiene latente, cuando se activa, las reacciones emocionales subjetivas desagradables

características de la ansiedad se presentan y la persona puede experimentar náuseas, mareo, temblores o cualquiera de los sentimientos desagradables tanto físicos como psicológicos del estado de ansiedad (Beck et al., 2005).

Ahora, tanto la fobia como la ansiedad así como el miedo comparten el mismo sistema de activación; el vegetativo (Durand y Barlow, 2007). La diferencia así como en el miedo, radica en el estresor que se presenta (Jarne y cols., 2006). Siendo así que, la ansiedad tiene un estresor difuso y el miedo algo objetivo y concreto y mientras en la ansiedad tenemos una respuesta difusa cognitiva y conductual la fobia genera una respuesta de huida

Por otra parte, si se habla de pánico decimos que es un estado de ansiedad muy elevado asociado con síntomas dramáticos en el área física, motora y cognitiva (Beck et al., 2005). Por lo que, el sujeto experimenta niveles mayores de mareo, náuseas, temblores etc. Adicionalmente, mencionado en el mismo ítem expresa cogniciones de pensamientos catastróficos, y abrumadores deseos de pedir ayuda o huir.

Función de la Ansiedad.

Es paradójico como una emoción llamada negativa puede tener una función adaptativa en los seres humanos (Fernández y Palmero, 1999). Y es que todos los síntomas relacionados con la ansiedad han tenido un papel importante para la evolución de nuestra especie (Beck et al., 2005).

Como parte de la evolución los organismos han creado sistemas que permiten mantener una homeostasis que en cierto porcentaje depende del sistema del miedo, dicho sistema nos mantiene alertas y nos regula de ir mucho más allá de lo que se debería. Como

menciona Beck et al., (2005), varias especies mamíferas incluyendo el ser humano presentan desde la infancia inhibidores o reguladores y muchos de ellos se mantienen hasta la vida adulta, por ejemplo. Sofocarse o ahogarse son de los miedos más comunes, de no existir estos que sirven de inhibidor, el niño seguramente se expondría a situaciones de alto peligro poniendo en riesgo la biología de la supervivencia, con este mismo objetivo muchos niños tienen miedos arraigados, relacionados con el abandono o con perderse que son activados mucho antes de que se encuentren lejos del cuidador.

De esto podemos decir que como Beck et al., (2005), también menciona que el miedo actúa como una prevención estratégica de una amenaza que no necesariamente debe ser física, puesto que, también se generan estados ansiosos de situaciones que involucran presiones de grupos. Siendo así que las personas optan por no hacer un comentario o aparentar ser “tontos” por miedo a las burlas de sus iguales y es entonces cuando se generan mecanismos que virtualmente ayudarían a disminuir dichos estados ansiosos (Clark y Beck, 2010). Por lo tanto, la ansiedad sigue siendo una respuesta adaptativa evolutiva y el problema no radica en que se genere, el problema se encuentra en la sobre activación de los patrones cognitivos o esquemas que continuamente procesan situaciones internas o externas y que son traducidas como situaciones de peligro sin existir una amenaza real, pues ha sido percibida de manera exagerada o equivocada el sistema se defiende (Beck et al., 2005).

Etiología de la Ansiedad.

Modelo Psicológico.

Como se ha mencionado la ansiedad tiene una base de interpretación subjetiva por lo que la forma en la que se valore 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 et al, 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, 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 (Barlow y Durand, 2003). 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.

Uno de los factores interesantes que colaboran con el desarrollo de las emociones y creencias mencionadas, es el estilo parental (Durand y Barlow, 2007). Se sabe que padres que han sido presentes y predecibles y que interactúan de manera positiva respondiendo adecuadamente a las necesidades de los hijos en el momento en el que estos han exigido atención desarrollan un sentido de control sobre el entorno (Barlow y Durand, 2003). Además comprenden que sus demandas tienen un efecto que generan una respuesta sobre sus cuidadores y el ambiente que les rodea.

Adicionalmente, es muy importante permitirle al niño que haga una autoexploración libre y saludable con el objetivo de brindarle un hogar seguro (Barlow y Durand, 2003). Entendiéndose esto como una base en la que el niño sepa que sus padres están presentes en caso de necesitarlo dándole libertad para que lo realice solo y empiece a crear un bosquejo cognitivo de que es posible tener el control. El objetivo de ello es que se desarrollen habilidades para reaccionar ante situaciones inesperadas, adquiriendo un sentido óptimo de control (Barlow y Durand, 2003).

Del lado contrario, un estilo parenteral ambivalente o sobreprotector, en el que se le resuelven los problemas del niño sin dejar que experimente adversidad alguna genera situaciones en las que el niño no aprende a manejar la adversidad (Durand y Barlow, 2007). Así el niño, no tiene la oportunidad de experimentar en el medio y no desarrolla un sentido de control, este sentido de ambivalencia, incertidumbre, inseguridad son predisponentes para el desarrollo de rasgos ansiosos en el futuro (Barlow y Durand, 2003). En conclusión decimos que padres ambivalentes pueden propiciar un mensaje de inseguridad a sus hijos que puede ser traducido en un factor etiológico de rasgos ansiosos.

Modelo Social.

En este espacio es en donde se colocan a los sucesos estresantes que desencadenan la reacción de vulnerabilidad psicológica y biológica de la ansiedad. Al clasificar estos estresantes sabemos que la mayor parte corresponde a estresores de carácter interpersonal entre los que encontramos divorcio, matrimonio, problemas en el área de trabajo, duelo, entre otros. Uno de los más interesantes para propósitos de este estudio es que se sabe que las presiones sociales como el sobresalir en la escuela o en el ámbito académico son un factor generador de tensión que predispone el generar y mantener niveles de ansiedad elevados (Durand y Barlow, 2007).

A su vez estos estresores como se ha mencionado desencadenan reacciones emocionales como el ataque de pánico o angustia y reacciones físicas como dolores de cabeza, mareos y otros síntomas que serán descritos en temas posteriores.

Como menciona Stein y Hollander (2004), enfermedades somáticas, trauma psicológico, factores estresantes intensos, estrés de larga duración o factores precipitantes colaboran directamente con el desarrollo de estados ansiosos. Apuntan a una sensibilización del sistema de vulnerabilidad y dejan al individuo en un estado en el que sus mecanismos de defensa no actúan como normalmente lo harían. Ante eventos como fallecimiento de un ser querido o exigencia académica, la persona experimenta fatiga y estrés junto con pensamientos de poco autocontrol que hacen que no respondan como lo harían normalmente (Barlow y Durand, 2003).

Cuando se acumulan estresores o existen factores precipitantes como enfermedad o consumo de sustancias es muy probable que el umbral de la ansiedad puede verse afectado

(Stein y Hollander, 2004). Pues como mencionan los autores si la persona tiene un umbral de 75 y sus estresores son de 60 existe un rango que le permite lidiar con el estresor. De esto se observa que lo que sucede con los factores sociales es que se convierten en factores vulnerables que reducen el umbral de exigencia haciendo que la tolerancia se reduzca, lo que significa que estresores que antes se sobrellevaban sin ningún problema ahora se han convertido en insuperables (Stein y Hollander, 2004).

En un estudio publicado por Abali et al., (2014), se muestra una correlación de un factor estresante como es, enfermedad y su efecto sobre niveles de ansiedad y el estilo parenteral. Para el estudio se utilizó una muestra de 42 niños entre 7 y 16 años de edad diagnosticados con hemofilia, sus madres fueron el progenitor escogido para representación del cuidador, se utilizaron tres inventarios incluyendo uno de ansiedad, de estilo parental y la escala de auto-reporte de ansiedad en niños. Al hacer la correlación han concluido que los niveles de ansiedad son mayores en comparación con el grupo control y que la ansiedad está relacionada con ideación suicida (Abali et al., 2014).

Del estudio también se describe que no necesariamente hay una relación directa entre ansiedad e ideación suicida por lo que esto estaría ligado a los síntomas de la enfermedad (Abali et al., 2014). Además, se observó que la edad es otro factor predisponente por lo que psicoeducación sería un factor preventivo efectivo. Por otra parte, las madres reportaron tener desde síntomas leves hasta estados de estrés severo, principalmente, miedo a consecuencias médicas mientras que en los estilos parentales se observó que la mayoría son sobreprotectores y muy estrictos (Abali, 2014) el estudio propuesto se corrobora con la teoría anteriormente mencionada, pues como se ha revisado

en Barlow y Durand (2003) el estilo de crianza sobreprotector colabora a poner en vulnerabilidad al niño.

Modelo Biológico.

Neuro-Anatomía explicativa.

Como Stein y Hollander (2004), explican todo inicia con una señal aferente sensitiva la misma que puede ser identificada como de carácter visceral; dicha señal ingresa a través de los sentidos y sube hacia la parte dorsal del tálamo dirigiéndose a la corteza cerebral. Dependiendo del estímulo que ha ingresado se dirige a una región específica, por ejemplo si el estímulo ingresa por vía auditiva se dirigirá hacia el área temporal, visual área occipital, si es táctil a la circunvolución postero-central y cabe recalcar que las señales eferentes que ingresan a través del olfato se dirigen directamente hacia la amígdala y a la corteza entorrinal (Stein y Hollander, 2004). También describen que aquellos estímulos procedentes del sistema visceral pasan por el tronco cerebral (núcleo del tracto solitario) y llegan al locus cerúleo en donde se encuentran la mayoría de las neuronas noradrenérgicas.

De la anatomía específica se sabe que la corteza parietal, ayuda a la ubicación espacial del sujeto, necesaria en el momento de evaluar información del medio cuando se ha presentado la situación amenazante función que se realiza junto con la circonvolución del cuerpo calloso y el hipocampo (Fernández, 2008). La corteza prefrontal está relacionada con la memoria y la cognición, mientras que, la corteza prefrontal dorsolateral se relaciona con la recuperación de la memoria declarativa, operativa y la planificación (Stein y Hollander, 2004).

Por su parte, el hipocampo y la amígdala son de las estructuras más esenciales al describir la anatomía de la ansiedad (Fernández, 2008). Factores como los glucocorticoides y el factor del crecimiento del miedo (NGF) se asocian con un daño o alteración del hipocampo y como se sabe esta estructura está relacionada con la memoria declarativa (Stein y Hollander, 2004). Por lo que se entiende que en el momento de estrés el hipocampo hace una integración del momento con la recuperación de la memoria y la asignación de un valor de la situación en el espacio y tiempo, esto nos permite explicar porque las personas que han sido diagnosticadas con Estrés Post-Traumático hay activación del sistema a partir de un sonido o una imagen recordada y es que la memoria reciente se traduce o mueve al hipocampo y al haber activación sensorial primaria puede también existir una activación simultánea de un recuerdo (Gray y McNaughton, 2007).

La amígdala por otra parte participa en la memoria emocional y es en donde encuadramos el miedo propuesto por el condicionamiento clásico hacia un estímulo inicial neutro (Stein y Hollander, 2004). La activación de la amígdala induce los signos y síntomas de la ansiedad como por ejemplo aumento de presión arterial o del a frecuencia cardíaca, por lo que se tiene evidencia suficiente para decir que la amígdala es el centro primario de la respuesta condicionada del miedo y las emociones (Gray y McNaughton, 2007). Un bloqueo de la estructura bloquea la respuesta del miedo condicionado mientras que una estimulación eléctrica en el núcleo central aumenta la respuesta (Stein y Hollander, 2004).

La respuesta al estrés o a la preparación para defenderse está relacionado con el encéfalo que es el responsable de la evaluación e interpretación del estresor (Gray y McNaughton, 2007). Así mismo, la corteza parietal tendrá una función de orientación

espacial y la corteza motora será el centro neural de la planificación (Stein y Hollander, 2004). Todas las estructuras mencionadas tendrán conexión con la corteza pre-central que será la responsable de que el sistema musculo-esquelético responda.

Neurofisiología.

Como Stein y Hollander (2004) mencionan, en situaciones de amenaza la persona debe activar lo más pronto posible las respuestas periféricas en donde actúa la llamada hormona del estrés cortisol, el parasimpático y el simpático activado por el hipotálamo. El proceso desencadena hace que aumente la presión arterial, que exista sudoración y midriasis, una vez activado el estrés se estimula la liberación de la corticotropina CRF por sus siglas en inglés *corticotropin releasing factor* (Barlow y Durand, 2003). La CRF activa el Eje Hipofisiario Hipotalámico (HPA) que tiene efectos sobre las estructuras que participan en el anatomía de la ansiedad incluyendo el sistema límbico, a su vez el CRF actúa con el sistema del Acido gama amino butírico (GABA), el sistema de catecolaminas (noradrenérgico y dopaminérgico), serotonérgico, Benzodiacepinas y opiáceos endógenos; una alteración o desbalance en la producción y regulación los factores mencionados o en el sistema hipotálamo- hipófisis -suprarrenal explican los síntomas de la ansiedad patológica (Barlow y Durand, 2003).

Estudios realizados en ataques de pánico por Hayano et al., (2009), han revelado que existe una correlación entre la disminución o el menor volumen de la amígdala y los ataques de pánico. Dichos resultados han sido arrojados de una muestra de 27 pacientes, de los cuales 11 tenían agorafobia, 3 reportaban historia de depresión mayor y el resto presentaban enfermedades comorbidas con ataques de pánico. En su protocolo se valieron de resonancias magnéticas poniendo énfasis en las regiones de la amígdala y del

hipocampo y al comparar sus resultados con un grupo control han llegado a la conclusión de que las personas que experimentan ataques de pánico presentan una reducción en el volumen de la amígdala, específicamente en el grupo nuclear corticomedial (Hayano et al., 2009).

Los resultados de Hayano et al., (2009), demuestran que esta región es de gran trascendencia en la ruta neurobiológica de los ataques de pánico y que posiblemente tenga relación con respuesta autónoma fallida. Por otra parte, su revisión en el volumen del hipocampo muestra que este se presentaba ligeramente más largo en comparación con el grupo control (Hayano et al., 2009). De lo mencionado, al saber que el ataque de pánico tiene como base la ansiedad podríamos corroborar la literatura de las vías que intervienen en el mecanismo fisio-anatómico de la ansiedad. Por el contrario, en el estudio presentado por Machado-de-Sousa, et al., (2014) se muestra que para el trastorno de ansiedad social existe un ligero alargamiento en la amígdala y en el hipocampo izquierdo, se entiende que los criterios de diagnóstico son distintos con los del ataque de pánico y esto explicaría la diferencia anatómica.

Finalmente, en un meta-análisis propuesto por Freitas, Busatto, McGuire, y Crippa (2008) señala que las estructuras de la ínsula muestran una disminución en tamaño en los trastornos de estrés post-traumático corroborando la disminución de la amígdala en el estudio propuesto por Hayano et al., (2009) para ataques de pánico. Se señala también que para el trastorno obsesivo compulsivo existe alteración en la corteza orbito frontal y en el circuito que interviene con el tálamo. Por último, para ansiedad generalizada se reporta un menor número de estudios en el campo, en relación con ansiedad social o estrés post-traumático y se sabe que existe una reducción en la amígdala coincidiendo con los estudios

en ataques de pánico y estrés post traumático mostrados anteriormente (Freitas et al., 2008).

De lo revisado podemos concluir que la neuroanatomía y la neurofisiología de la ansiedad son trascendentales para el entendimiento profundo del trastorno, la investigación afirma que en general existe alteración en las estructuras del hipotálamo y la amígdala y en sus circuitos siendo etiología de los niveles ansiosos en la persona.

Síntomas.

Se debe entender que la ansiedad puede ser entendida a cabalidad si se concibe de manera integradora como un sólo organismo, cada uno de los síntomas característicos afectarán a un sistema básico o primario que forman el todo de un organismo. A continuación se presentará una tabla en la que Clark y Beck (2010, p.18), han propuesto los síntomas característicos en cada uno de los sistemas del ser humano es decir, físico/fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo, los conceptos han sido traducidos textualmente por ser puntuales y organizados en una tabla para mejor entendimiento y revisión

Tabla 2.1 Signos y Síntomas de la Ansiedad

Síntomas Físicos	Síntomas Cognitivos	Síntomas Conductuales	Síntomas Afectivos
Aumento en la frecuencia cardíaca Palpitaciones	Miedo a perder el control, no poder lidiar con la situación	Evitación de situaciones amenazantes	Nerviosismo ,tensión
Respiración Disminuida o muy rápida	Miedo de lesiones físicas o incluso muerte	Escape o Huida	Aterrorizado, temeroso
Sensación de ahogo	Miedo de “volverse loco”	Búsqueda de seguridad, reafirmación	Impaciente
Dolor o Presión en el pecho	Miedo de una evaluación negativa de otros	Inquietud, agitación, sobre estimulación	Frustrado
Sudoración	Pensamientos, imágenes o recuerdos aterradores	Hiperventilación	
Náusea, enfermedad estomacal	Percepciones irreales	Congelamiento, inmovilidad	
Mareo	Poca concentración, distractibilidad, confusión	Dificultad al hablar	
Boca Seca	Atención agudizada, hipervigilancia		
Temblores	Poca Memoria		
Adormecimiento en extremidades	Dificultad de razonamiento		
Debilidad, sensación de desmayo	Pérdida de objetividad		

Finalmente, en el próximo subtema se hará una breve revisión de la clasificación de los trastornos de ansiedad guiados por el manual de diagnóstico DSM-IV. La clasificación como tal es muy importante para el abordamiento completo del trastorno más no para propósitos per sé de esta investigación, sin embargo, en esta revisión se hará una descripción más profunda del trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo, pues, la literatura sugiere que existe estrecha relación entre estos y el perfeccionismo.

Clasificación.

Al momento de realizar un diagnóstico es muy importante utilizar herramientas que tengan bases estadísticas confiables y que proporcionen una aproximación acertada asegurando un diagnóstico diferencial multiaxial. El manual de diagnóstico por excelencia en la mayoría de países es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM en su nueva versión V, sin embargo, por ser una versión recién emitida durante toda esta revisión nos regiremos con su versión IV-TR, pues, el investigador considera que los criterios propuestos son muy cercanos en las dos versiones y la versión TR es igual de eficaz que la emitida en la actualidad.

Dentro del DSM IV-TR se describen los 14 tipos de ansiedad incluyendo la ansiedad no especificada profundizaremos en la fobia social, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo, los restantes serán nombrados a breve rasgo.

-Ataques de Pánico: traducidos al español como crisis de angustia, son crisis en los que se experimentan síntomas extremos de aprensión, terror y pavor, generalmente esto va acompañado de una sensación de miedo inminente. Físicamente se experimentan

palpitaciones, sensación de atragantamiento, malestar en el pecho, desorientación (DSM - IV --TR, 2002). De las estadísticas sabemos que su epidemiología es del 2% al 5% en la población general y que probablemente el aspecto más aterrador es la pérdida del control (Beck et al., 2005).

-Agorafobia: Es la manifestación de niveles ansiosos ante situaciones en las que la persona no puede escapar. Las personas que presentan agorafobia tienen niveles de ansiedad extremos cuando se encuentran en situaciones que pueden ser embarazosas o de las que no puedan escapar o pedir ayuda, es muy probable que se desencadene un ataque de pánico (DSM-IV-TR, 2002). Se sabe que generalmente empieza con pensamientos que activan la creencia de que el mundo es peligroso y entonces situaciones como manejar, perderse en el tráfico, etc., empiezan a verse más amenazantes de lo que son. Desencadenando el mecanismo del estrés que hace que los niveles de ansiedad se eleven dimensionalmente (Beck et al., 2005).

-Trastorno de Angustia Sin Agorafobia: es un ataque de pánico recurrente que mantiene activado los sistemas de alerta del paciente haciendo que exista una ansiedad constante. Al contrario el trastorno de angustia con agorafobia, tiene las características del ataque de pánico y de la agorafobia. Los síntomas deben haberse presentado en una proporción de 1 o más veces al mes y ninguno de los síntomas debe estar relacionado con el consumo de sustancias o por la presencia de algún otro trastorno mental (DSM-IV-TR, 2002).

-Fobia Específica: la mayoría de pacientes con fobia específica no acuden a consulta en su lugar desarrollan estrategias para evitar el estresor. Dentro de los criterios a tomar en cuenta se encuentran; un temor acusado y persistente excesivo o irracional

desencadenado por la presencia o anticipación de un estresor específico. Generalmente, los animales pequeños (insectos), la altura e inyecciones ocupan los primeros lugares en el reporte de una fobia específica (Stein y Hollander, 2004).

-Trastorno de Estrés Post Traumático: Es de las patologías dentro de los trastornos de ansiedad que más investigación tiene. Se sabe que en una población que alguna vez experimentó trauma el porcentaje de personas con estrés post traumático es de 15% en hombres y 16% en mujeres (Stein y Hollander, 2004). Su característica principal es la re-experimentación de acontecimientos que han sido altamente traumáticos (DSM-IV-TR, 2002).

-Trastorno de Estrés Agudo: Es un tipo de estrés que aparece súbitamente y tiene poca duración (DSM-IV-TR, 2002). Se genera partir de un estresor altamente agresivo como catástrofes naturales, guerras entre otros. Generalmente se cursa con síntomas de desesperación y desesperanza, en tiempo el episodio debe durar entre dos días a 4 semanas como máximo (Gómez, Hernández, Rojas et al, 2008).

-Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica: se generan niveles de ansiedad justificados por la existencia de una enfermedad (DSM-IV-TR, 2002).

-Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias: Existe presencia de síntomas de ansiedad que son el resultado de los efectos fisiológicos de una droga, fármaco o tóxico y que como efecto secundario está generando estados ansiosos (DSM-IV-TR, 2008).

-Trastorno de Ansiedad No Especificado: en esta categoría se encuentran los casos de personas ansiosas que no encasillan en ninguna de las descripciones anteriores y que no obedecen sus síntomas a otro trastorno (DSM-IV-TR, 2008).

Trastorno de Ansiedad Generalizada.

A breves rasgos diremos que se caracteriza por una preocupación excesiva y no justificada que se mantiene en un tiempo mínimo de seis meses y que tiene un alcance extensivo e invasivo (Hernández y Sánchez, 2007). En el manual utilizado como guía en esta investigación DSM-IV-TR versión español los criterios de diagnóstico para Trastorno de Ansiedad Generalizada se definen como: (p 533-534)

- A. Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades como el rendimiento laboral o escolar, prolongado por un tiempo mayor a seis meses.
- B. El estado de preocupación se ha convertido en algo difícil de manejar.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Inquietud o Impaciencia
 - 2. Fatigabilidad
 - 3. Dificultad para Concentrarse
 - 4. Irritabilidad
 - 5. Tensión Muscular
 - 6. Alteraciones del sueño
- D. El centro de la ansiedad no se limita a los síntomas de un trastorno del eje I.

- E. La ansiedad y la preocupación provocan un malestar clínico incluyendo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad de la persona.
- F. Las alteraciones no son justificadas por el uso de sustancias (drogas o fármacos), una enfermedad médica, durante un episodio psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Como Stein y Hollander (2004), proponen, el estar expuesto a una inhibición conductual durante la infancia es uno de los factores de riesgo para presentar un trastorno de ansiedad en la vida adulta. De los estudios retrospectivos se ha obtenido que estos niños consideraban que sus padres tenían un estilo parental controlador o sobreprotector, al recibir esta percepción los niños traducen el mensaje a pensamientos como “el mundo es peligroso” haciendo que reduzcan sus intenciones de explorarlo (Durand y Barlow, 2007). Por lo que no desarrollan la oportunidad de demostrar lo contrario a sus creencias catastróficas quedándose con creencias que se desarrollan marcadamente en la vida adulta.

Como hemos observado la ansiedad tiene efectos a nivel físico, en un estudio propuesto por García, Caballero, Pérez y López (2012), se observó en una muestra de 2144 pacientes que los síntomas de dolor físico estaban relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada en un 93%. Además se vio que aquellos que presentaban dolor también acudían más seguidamente al centro de atención en comparación con aquellos que sólo tienen síntomas de dolor físico o ansiedad sin dolor. Seguramente, esto es explicado por qué la duración de síntomas es mayor en aquellas personas con ansiedad (García et al., 2012).

Del mismo estudio se sabe que las personas que tienen trastorno de ansiedad generalizada y síntomas físicos de dolor, tienen niveles ansiosos mucho más elevados y menores recursos de afrontamiento. Finalmente, sus resultados también nos arrojan que el trastorno de ansiedad generalizada por lo general es pasado de alto y en pocas ocasiones es diagnosticado y que aquellos con diagnóstico médico de la condición física tenían más posibilidades a ser atendidos que aquellos con diagnóstico de ansiedad (García et al., 2012).

De lo revisado el estudio nos corrobora que los síntomas ansiosos están acompañados de dolores físicos y que pueden intensificar las condiciones psicológicas del trastorno. Al comparar con grupos que presentan únicamente un diagnóstico se comprueba que tener comorbidad con otro trastorno agudiza los niveles de ansiedad. Señalando la importancia de un buen diagnóstico diferenciado multiaxial para un éxito en el tratamiento.

Finalmente, la epidemiología del trastorno nos dice que hay una prevalencia del 3% anualmente y 5% globalmente en una población general (DSM-IV-TR, 2012). Mientras que en una muestra psiquiátrica de trastornos ansiosos corresponde a un 25%. Sabemos también, que tiene un componente hereditario y en su diagnóstico diferencial se debe distinguir de los otros 13 trastornos ansiosos como, obsesivo compulsivo, trastorno de somatización, fobia social entre otros (DSM-IV-TR, 2012).

Fobia Social.

En su primera descripción en el DSM-III la fobia social fue descrita como un miedo excesivo a la observación de otras personas, como ejemplos denotaban el hablar en público escribir o comer delante de otros (Stein y Hollander, 2014). Al no haber una diferenciación

más puntual a las personas que evitaban múltiples situaciones se les diagnosticaba con trastorno de personalidad por evitación y aunque los criterios se intercalan la diferencia principal radica que las personas con fobia social no producen pensamientos de inferioridad (Stein y Hollander, 2004).

De su penúltima revisión y manual de base de diagnóstico en esta investigación sabemos que los criterios han sido pulidos y se han propuesto 8 criterios con la mayor proximidad posible al trastorno

Criterios del DSM-IV-TR versión español para el Diagnóstico de Fobia Social (2012, p. 509-510)

- A. Miedo acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar. El individuo teme actuar de un modo o mostrar síntomas de ansiedad que resulte humillante o vergonzoso.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi siempre ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con la situación.
- C. El individuo reconoce que este temor excesivo o irracional. Nota: en los niños no hay este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que surgen en las situaciones sociales temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales, académicas o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo de 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas o fármacos) o de enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- H. Si hay una enfermedad médica u trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos.

Especificar si: Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

De su epidemiología conocemos que la fobia social tiene una prevalencia a largo plazo cerca del 13% y de 1 año cerca del 8%, posicionándola en el tercer lugar de los desórdenes psiquiátricos más comunes después de la depresión y el alcoholismo (Patterson, Alcala, McCahil y Edwards, 2006). En números sabemos cerca de 30 millones de Norte Americanos cursan el trastorno mayoritariamente mujeres, su etiología puede obedecer a circunstancias en las edades tempranas en las que se experimentó humillaciones sociales (Patterson et al. 2006). Sin tratamiento la prognosis empeora en situaciones específicas y es continua, además que puede ser comorbida con cualquiera de

los otros trastornos de ansiedad y con depresión en donde existe un mayor riesgo de suicidio si hay abuso de sustancias (Patterson et al., 2006).

Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Como su nombre lo dice el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), se caracteriza por la presencia de Obsesiones y Compulsiones de manera recurrente; actualmente es de los estudios que más investigación tiene, sin embargo hasta la década de los 80 era considerado extremadamente raro (Durand y Barlow, 2007). En un amplio estudio mostrado en Stein y Hollander (2004), se mostró que el trastorno ocupa el cuarto lugar dentro de los trastornos psiquiátricos más comunes después de las fobias, trastornos de abuso de sustancias y la depresión. Mucho más interesante al ser replicado el estudio utilizando la encuesta ECA en varios países como Puerto Rico, Nueva Zelanda, Canadá entre otros se observó que los porcentajes de prevalencia se mantenían en un intervalo de 1,9 % a 2,5 % a lo largo de la vida y anual entre 1,1% a 1,8% (Stein y Hollander, 2004).

El estudio de Tadaï y cols (1995, citado en Stein y Hollander, 2004), nos muestra una visión de lo que sucede en un ámbito estudiantil, para ello aplicaron el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley en una muestra de 424 estudiantes japoneses y llegaron a la conclusión de que el 1,7% cumplía con los criterios del DSM-III-R de la epidemiología también conocemos que se presenta más en mujeres.

Se mostrarán a continuación los criterios del DSM-IV-TR versión español para el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo p. 517-518)

A. Se cumplen para las obsesiones y compulsiones:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2

1. Comportamientos lavarse las manos, comprobaciones o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativa, sin embargo estos comportamientos pueden no estar conectados con aquello que desean neutralizar.

- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: no es aplicable en niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo o afectan marcadamente la vida laboral o académica
- D. Si hay otro trastorno en el eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

Como con todos los trastornos psiquiátricos se intenta encontrar si existe una etiología genética, en la investigación propuesta por Samuels y col (2007), han encontrado una relación genética en familias con TOC específicamente de acaparamiento, su muestra fue de 219 familias diagnosticadas y en aquellas que compartían síntomas de acaparamiento notaron que existía un ligamiento en el cromosoma 14 en familias con más de dos integrantes, mientras que, en aquellas con menos de dos familiares con acaparamiento notaron un ligamiento en el cromosoma 3.

Finalmente, sabiendo que los factores sociales son muy importantes se ha buscado explorar la interacción entre familiares y pacientes, de ello los resultados han arrojado que familias que no se adaptan refuerzan los síntomas de la persona con TOC, así mismo, cuando los pacientes reciben menor cohesión que el resto de familiares experimentan sentimientos de soledad y se observa además que el mejorar el sistema familiar ayuda

indiscutiblemente el perfil de inteligencia emocional tanto en el paciente como en las familias (López, Barrera y Cortés, 2011).

Tema 2. Perfeccionismo Una revisión.

Perfeccionismo: Concepto, Rasgos.

Históricamente, el perfeccionismo ha tenido gran relevancia, tanto el campo clínico como en el campo de la personalidad. En la siguiente sección se hará una revisión del perfeccionismo y de sus principales componentes, así como de los factores involucrados en su origen y mantención.

En sus inicios, se sabe que se mantenía un concepto unidimensional dirigido a expectativas irreales y preocupaciones mal-adaptativas (Hawkins, Watt y Sinclair, 2006). Este enfoque se mantuvo por un cierto periodo de tiempo, y fue reafirmado por varios autores. Sin embargo, como Hawkins et al., (2006) menciona este modelo fue muy criticado por ser descrito como simplista, limitado y sobre generalizado, además de no adaptarse a un enfoque real del tema.

Para Egan et al., (2014), el perfeccionismo no es algo que se tiene o no se tiene, más bien es un constructo que se presenta por niveles y grados, siendo experimentado por todos en distinta intensidad. Por otra parte, para Antony y Swinson (2009), el problema se genera cuando esto conlleva sentimientos de infelicidad o empieza a existir una interferencia con el funcionamiento de la persona. Como se revisa los dos autores concuerdan con que depende la intensidad con la que presente el perfeccionismo y si está o no causando afectaciones en algún área importante.

Se sabe que tener excesivos estándares muy altos e irreales afecta casi cualquier área en la vida de una persona. Incluyendo, la salud, el trabajo, relaciones interpersonales e intereses varios (Ruiz, 2000). Bajo este contexto se creía que el perfeccionismo tenía una connotación netamente, negativa. Sin embargo, como se menciona en Egan et al., (2014), se debe hacer una clara distinción entre perfeccionismo y una saludable búsqueda de excelencia la diferencia entre estos puede responder en qué momento se vuelven disfuncionales y patológicos los esquemas de altos estándares.

Actualmente, se reconoce que el perfeccionismo tiene dos componentes básicos; 1. Estándares Altos de Logro y 2. Auto-evaluación negativa por no cumplir con los estándares (Purdon y Antony, 1999). Esto en un campo en el que se entiende como perfeccionismo a un constructo intrusivo, pues Burns (1980, citado en Purdon y Antony, 1999), menciona que los estándares personales se vuelven “perfeccionistas” sólo cuando son excesivos y son perseguidos con tenacidad exagerada. Por otra parte, Antony y Swinson (1998, citado en Purdon y Antony, 1999), han propuesto que el perfeccionismo se diferencia de un alto desempeño no patológico a través de los estándares de logro, las creencias rígidas acerca de la necesidad de alcanzar un grado de perfección, los costos personales sobre los beneficios de los estándares y la flexibilidad de los estándares propuestos.

Para Burns (1980, citado en Egan et al., 2014), se define a un perfeccionista como esa persona que se ha fijado estándares mucho más altos, sobrepasando la razón y la realidad de alcanzarlos. Así también dice son personas que enfocan todas sus fuerzas de manera compulsiva y sin descanso hacia metas poco reales casi imposibles y que miden su

valor como personas en términos de productividad y logro. Desde este contexto suena bastante lógico que la persona no disfrute de las actividades que realiza, así como tampoco disfrute del logro alcanzado, de una u otra forma un pensamiento perfeccionista descontrolado no permitirá un estado coherente entre los logros obtenidos y la satisfacción del trabajo logrado (Ruiz, 2000).

En el mismo tema descriptivo el perfeccionismo fue descrito en sus inicios por parte, de la corriente psicodinámica poniendo énfasis en los procesos neuróticos (Rodríguez, Rojo, Ortega y Sepúlveda, 2009). Pues, como mencionan los autores se exponía que el perfeccionismo era el resultado de una necesidad neurótica de agradar a las personas acompañado por un miedo profundo al fracaso. Al describirlo junto con dudas e inseguridades se representó al perfeccionismo como un conjunto de rasgos negativos que conllevan sentimientos de culpa, tensión, autocrítica negativa, pensamiento polarizado, baja autoestima y una clara inhibición de la creatividad (Rodríguez y col., 2009).

Sin embargo, eventualmente, nuevas observaciones generaron cuestionamientos alrededor del carácter negativo del perfeccionismo, puesto que, se observó que conductas perfeccionistas estaban involucradas con sentimientos de auto-mejora y de logro (Rodríguez y col., 2009). En una intensidad adecuada y sin afección o acompañamiento de ninguna patología, el perfeccionismo, podría funcionar como la ansiedad positiva y ser el motor para un desempeño bajo estándares altos y alcanzables (Antony y Swinson, 1999). Es entonces, que se empiezan a generar contrargumentos al modelo unidimensional y psicoanalítico y se observa que si el perfeccionismo es saludable para motivar a las personas a realizar su mejor esfuerzo, debía existir un punto en el que lo positivo diera la vuelta y es que el extremismo de los criterios de satisfacción y un pobre auto-

reconocimiento llevan a marcarse objetivos irreales, excesivamente elevados y auto-evaluaciones sesgadas, generando un pensamiento insatisfecho que entra en un ciclo de esfuerzo- autocrítica- insatisfacción, donde lógicamente, sentimientos de culpa, depresión y ansiedad se presentan mismos que pueden ser activados ya sea por estímulos internos o externos (Rodríguez y col., 2009).

Según Egan et al. (2014), de los modelos multidimensionales los máximos exponentes son Hewitt & Flett y Frost Marten, Kahert & Rosenblate. Por su parte el modelo multidimensional de Hewitt y Flett define al perfeccionismo en tres dimensiones: un perfeccionismo auto-orientado; relacionado con una autoevaluación crítica y dura sobre la misma persona y su comportamiento, la segunda dimensión mide Perfeccionismo Orientado a Otros; hace referencia a una tendencia de sostener expectativas muy elevadas de otras personas y ser muy crítico y evaluadores con sus conductas, finalmente, la tercera dimensión es el perfeccionismo social prescrito; descrito como el mantener una creencia que otros tienen altos estándares de desempeño para la persona, por lo que, se siente obligada de cumplir con estas expectativas. En ocasiones la presión social auto-atribuida puede ser tan grande que la persona es incapaz de realizar amistades estables, esto porque, se mantienen pensamientos en los que se está muy pendiente de las expectativas que otros tienen y entonces se empiezan a evitar situaciones sociales, privándose de un momento que permita desmentir su pensamiento de túnel, además, evitan a toda costa que su perfeccionismo sea cuestionable, pues, en sus esquemas no hay necesidad de exponerse para que otros los juzguen y los vean menos perfectos (Antony y Swinson, 1999).

El segundo modelo multidimensional es el propuesto por Frost et al. (1990), en este se mide al perfeccionismo en seis dimensiones, las mismas que serán mencionadas limitadamente, pues, en capítulos posteriores se hará revisión mayor. Se categoriza al

perfeccionismo según Frost et al. (1990), en; Preocupación acerca de los errores, Dudas acerca de acciones, Estándares Personales, Expectativas Parentales, Crítica Parental y Organización (Carrasco, Belloch y Perpilá, 2010). Mencionadas escalas han sido revisadas en varios estudios creando modelos que usan todas por una parte y otros que han optado por agruparlos arrojando resultados relevantes para cada caso.

Una vez identificado el perfeccionismo en su conjunto de dimensiones y teniendo un entendimiento con una aproximación integrativa se verá a continuación su clasificación para a continuación presentar una clasificación tanto del perfeccionismo positivo como del negativo.

Clasificación.

Su estudio y foco de interés apareció en los años '80 cuando se empezó hacer distinciones entre perfeccionismo controlado y uno que empezaba a ser disfuncional (Monteiro et al., 2013). Como menciona Hamacheck (1978, citado en Gnilka et al., 2012), los dos tipos de perfeccionismo están relacionados bajo el constructo de querer realizar el mejor desempeño. Por lo que se describe una motivación compartida, misma que se puede agravar o mantener y generar distintas características.

Desde un punto de vista psicoanalítico se describe al perfeccionismo como un constructo dicotómico, en el que se generan dos estados; el perfeccionismo categorizado como normal y el perfeccionismo neurótico (Hawkins, Watt y Sinclair, 2006). El concepto se mantuvo por décadas y la principal diferencia se encontraba en la flexibilidad de cada

uno (Egan et al., 2014). Analizado esto como, personas que aceptaban errores mínimos casi nulos y tenían posiciones cerradas se consideraban como neuróticos.

Si se habla de un perfeccionismo en el que existe tanto, un establecimiento de objetivos altos y una motivación muy grande, además la necesidad de cumplir con dichos objetivos de la mejor manera, entonces hablamos de un perfeccionismo neurótico (Hawkins et al., 2006). Por otra parte, si existe un reconocimiento de las limitaciones y valoración al trabajo y esfuerzo colocado, a pesar de no haber alcanzado el objetivo, entonces se habla de un perfeccionismo normal. Estas personas tienen un sentido real de placer que obtienen del trabajo que ha necesitado de un arduo esfuerzo y se sienten liberados de abatimientos por no haber sido alcanzado máxima precisión, es decir, admiten flexibilidad (Hawkins et al., 2006).

Por otra parte, como el mismo Hawkins et al. (2006) menciona, el perfeccionismo neurótico tiene una rigidez y la persona no admite limitaciones, por lo que no realiza una valoración real de sus estándares. Se esfuerzan excesivamente, para alcanzarlos sin importar sus restricciones. Su motivación es el miedo al fracaso, este sentimiento es mucho más fuerte que la búsqueda genuina de excelencia, por lo que fallan en la obtención de sentimientos de satisfacción y placer (Hawkins et al., 2006).

Más recientemente, autores describen la existencia de dos tipos de perfeccionismo, catalogados de acuerdo a lo intrusivo que pueden ser y la intensidad en la que se presentan, siendo así que se ha distinguido entre perfeccionismo adaptativo y maladaptativo

Perfeccionismo Adaptativo.

Si se habla de un perfeccionismo positivo se describe que se tiene como resultado comportamientos que llevan al establecimiento de altos estándares, persistencia y minuciosidad (Hawkins et al., 2006). Características que a su vez contribuyen con mayores niveles de logro y motivación. Por otra parte, una de las formas más sencillas pero más importantes para diferenciarlo del maladaptativo es la satisfacción que produce (Malpesa, Martín-Vivar y Chinclana, 2013).

Personas con perfeccionismo adaptativo tienen esquemas flexibles que les permiten modificar conductas en orden de poder alcanzar una meta establecida (Gnilka et al., 2012). Las personas que mantienen niveles controlados de perfeccionismo, tienen el privilegio de disfrutar de su trabajo, escuela, entre otros, no cargan necesariamente obligaciones que no se le han otorgado, ni emiten presunciones en función de los demás (Callard, 2012). Con lo revisado se observa que un perfeccionismo adaptativo está ligado a un desempeño adecuado y a un motor controlado que sirve de motivación para establecer parámetros de exigencia con limitaciones.

La escala de Organización del Multidimensional de Frost refleja los aspectos positivos del perfeccionismo (Cheng y Chong, 1999). Dentro de ella se encuentran ítems que enfatizan la importancia de mantener una organización adecuada en el manejo de tareas diarias. Podrían además como Cheng y Chong (1999), mencionan que sufrir en menor proporción de los efectos negativos del estrés y sus molestias, se toma en cuenta que siempre es necesario mantener un adecuado nivel de organización, pues también se sabe que tiene comorbidad con los criterios del trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo como se ha revisado anteriormente en secciones previas.

Perfeccionismo Maldaptativo.

También conocido como perfeccionismo clínico (Egan et al., 2014). Se describe como personas que se han fijado metas irreales y con estándares muy elevados, intentando escapar de consecuencias negativas (Cheng y Chong, 1999). Se diferencia del perfeccionismo adaptativo, pues en lugar de pensar en un global de lo que se alcanzó y sentir satisfacción por haberlo hecho, estas personas se engloban en lo que se pudo haber obtenido si todo hubiera sido perfecto (Gnilka et al., 2012).

Son personas cuyo motor es el miedo y necesidad exagerada de evitar el fracaso lo que lleva a una sobre auto-crítica de su rendimiento (Hawkins et al., 2006). Entendiéndose porque de ningún modo o difícilmente llegan a experimentar sentimientos placenteros sobre sus logros. Mostrando incoherencia entre el esfuerzo ejercido, el logro alcanzado y la emocionalidad resultante.

Investigación Empírica ha demostrado que el perfeccionismo tanto en sus componentes de autocrítica comparativa y autocrítica interna (Malpesa y col., 2013). Forman parte del fenómeno transdiagnóstico con patologías como ansiedad, baja autoestima, depresión y mayores niveles de neuroticismo (Gnilka et al., 2012). Además como también se describe su presencia afecta resultados terapéuticos para cualquiera de los trastornos mencionados.

Como se mencionó en Malpesa y col., (2013) el perfeccionismo maladaptativo está formado por dos estructuras; aquella llamada autocrítica comparativa y la autocrítica interna. La primera hace referencia a una comparación desfavorable de la persona con respecto a los demás, por supuesto, existe contenido negativo fuerte sobre la persona

perfeccionista haciendo que los otros se vean como hostiles y superiores. Por otra parte, la autocrítica interna describe una visión negativa de uno mismo en comparación con propios objetivos, generalmente estos objetivos son extremadamente altos y los estándares rígidos no permiten flexibilidad (Malpesa y col, 2013).

Etiología.

Existen varias descripciones e hipótesis para explicar el origen del perfeccionismo. Una de las más manifestadas y consensuadas es la relación de una baja autoestima que genere conductas perfeccionistas, pues, como se ha observado tanto una baja autoestima como una disatisfacción con la persona son elementos claves del perfeccionismo (Cheng y Chong, 1999). En esta sección se expondrá los causales del perfeccionismo en tres dimensiones; a nivel de genética, influencias parentales – ambientales y factores de aprendizaje.

Factores Genéticos.

De una recopilación presentada en Ruíz (2000), se señala que los rasgos de personalidad tienen un componente genético. De ahí que se aborda que un 40% se atribuye al componente biológico y el 60% restante obedece a los factores ambientales. Considerando estos porcentajes, es fácil estimar que de existir una relación del perfeccionismo así como lo tienen las otras patologías con la genética existe un 40% de probabilidad de heredarlo, concluyendo que el factor ambiental podría ser más determinante (Ruíz, 2000).

Por otra parte, estudios publicados en Egan et al., (2014), indican que investigaciones realizadas en gemelos sugieren que la genética es un factor relevante en el

campo del perfeccionismo. A pesar, de ser limitados los resultados en esta área se conoce que al aplicar el inventario de perfeccionismo de Frost (1990), en gemelos monocigóticos y gemelos dicigóticos los resultados de concordancia tenían mayores tasas en los gemelos monocigóticos. Finalmente, en Moser, Slane, Burt y Klump (2012), se arrojan resultados correlacionales entre ansiedad y perfeccionismo mal adaptativo y herencia / genética. Estos describen que las dimensiones preocupación por los errores y estándares personales del perfeccionismo maladaptativo, son moderadamente heredables en rango de 58-66% y 45-54% respectivamente (Moser et al., 2012). Sin embargo, se menciona que el campo de la genética y perfeccionismo no ha sido explotado en su dimensión y se necesita mucha más evidencia para poder realizar supuestos con una mayor base teórica.

Influencias Parentales – Ambientales.

Se puede tomar en cuenta al factor ambiental en dos aspectos como un factor de vulnerabilidad para el perfeccionismo pero sobre todo como una causa importante del mismo.

Se ha identificado que el ambiente familiar es determinante para generar rasgos perfeccionistas. Como describe Egan et al., (2014), lo interesante radica en el estilo parental, siendo así que, padres que han criticado a sus hijos y que individualmente, tienden a manejarse bajo altos estándares personales son predictores de un perfeccionismo maladaptativo, mientras que aquellos que a pesar de ser perfeccionistas tienen un estilo parental no perfeccionista se correlacionan con un desarrollo de perfeccionismo adaptativo (Egan et al., 2014). Por lo que, un ambiente en el que se genere padres que han condicionado el amor a sus hijos tienen mayor probabilidad de desarrollar constructos perfeccionistas (Cheng y Chong, 1999). Como menciona Ruíz (2010) los niños

comprenden, que es un deber alejarse del término medio, es decir de la mediocridad, enseñándoles que no existe una escala o intermedios, si no solo los extremos y que para alcanzar felicidad es necesario alcanzar perfección.

Al hablar de amor condicionado describimos que es un estilo parental en el que tanto, para la aprobación como para la obtención de cariño fue necesario alcanzar altos niveles de perfección en sus conductas (Cheng y Chong, 1999). Generando, como mencionan los autores que el niño internalice estos estándares hasta la vida adulta, convirtiéndose en personas altamente autocríticas y sosteniendo expectativas elevadas irreales. Por otra parte, se entiende que un perfeccionismo desadaptativo se desarrollaría cuando los padres generan un apego inseguro (Malpesa y col., 2013). Dentro este concepto se han encontrado conductas como altas exigencias, dureza, exceso de control y sobre todo altas expectativas que crean en el niño una necesidad de hacer todo con pulcritud en orden de que se compense la falta de seguridad, pues, generalmente los padres se rehúsan a demostrar retroalimentación positiva adecuada al niño (Malpesa y col., 2013). Por lo que, se entiende que el niño aprendió a generar miedo hacia el equivocarse o cometer errores por consecuencias de pérdida de cariño y atención (Cheng y Chong, 1999).

Por otra parte, dentro de los factores ambientales, se menciona en Egan et al., (2014), que en su revisión bibliográfico se ha encontrado que factores ambientales escolares son predisponentes de rasgos perfeccionistas. Por lo que, el haber experimentado presiones sociales y victimización de sus iguales son factores predictores de perfeccionismo social y auto-perfeccionismo. Por otra parte, en el estudio publicado por

Maloney, Egan, Kane y Rees (2014), se describe que un temperamento ligado a una alta emocionalidad en la niñez es un factor etiológico para el desarrollo de perfeccionismo.

Factores de Aprendizaje.

El modelo descrito por Slade y Owens (1998), en Adan y Kaye (2011), conceptualiza que el perfeccionismo es un patrón comportamental afectado tanto por un reforzamiento positivo como negativo. Lo que quiere decir que en sus inicios el perfeccionismo se origina a partir de contingencias o eventualidades sociales, las mismas que son muy sensibles a cambios durante el tiempo y que pueden transformarse en un reforzador negativo (Ega et al., 2014). En otras palabras, los autores explican que los reforzadores positivos que fueron aplicados en inicios pueden cambiar durante el tiempo, por lo que las recompensas por un trabajo bien hecho y sentimientos de satisfacción se fueron distorsionando en el tiempo hasta convertirse en preocupación por decepcionar a las personas o no ser lo suficientemente perfecto.

En un apartado reciente, Stallman y Hurst (2011), han descrito que en una población universitaria los componentes del perfeccionismo están ligados a una serie de factores, entre ellos los mencionados con anterioridad como; un componente parental, pensamientos distorsionados, valores sobredimensionados y comportamientos desadaptativos. Por otra parte, como menciona Carvalho et al. (2006, citados en Monteiro et al., 2013), el perfeccionismo también puede estar está ligado a procesos de generación y mantención de estrés. Así como también, a estados alterados psicológicos como depresión, ansiedad, trastorno del sueño y desórdenes de personalidad.

Pensamiento Perfeccionista.

Como se ha revisado el perfeccionismo se evidencia en los uno de los principales parámetros que la psicología estudia; los pensamiento. A continuación se revisarán los principales factores que describen a una persona perfeccionista en un aspecto cognitivo.

Pensamiento Perfeccionista.

Las personas perfeccionistas en su afán de alcanzar el máximo nivel de actuación, en el camino se encuentran con muchos obstáculos, lo que genera un bajo rendimiento en su desempeño contradictorio a lo que se cree o supone en una persona perfeccionista (Callard, 2012). Siendo esto, un problema muy común generando una necesidad de retrasar o evitar el enfrentamiento con sus obligaciones, lo que se conoce como procrastinación. En el caso de los adultos es muy probable que se genere la llamada adicción al trabajo, pues su locus de control interno es inseguro y usan al trabajo como mecanismo de recompensa atando a ello su autoestima (Callard, 2012).

Las personas perfeccionistas suelen tener una y sólo una forma de ver las situaciones, con ello se aseguran de mantener su perfeccionismo (Antony y Swinson, 2009). La mayoría de pensamientos son de carácter automático, por lo que nunca pasan por el consciente haciendo que el pensamiento de una persona perfeccionista sea difícil de reconocer por voluntad propia (Callard, 2012). De lo mencionado se explica que al ser de carácter inconsciente los pensamientos no pasan por un filtro y desencadenan reacciones emocionales perturbadoras, dichos pensamientos junto con una serie de creencias se explicarán detalladamente a través de las distorsiones cognitivas que una persona perfeccionista enfrenta

Distorsiones cognitivas comunes en personas perfeccionistas.

1. *Pensamiento Polarizado*: considerada de las principales y más comunes dentro del perfeccionismo, es un pensamiento de todo o nada (Antony y Swinson, 2009). Se define por Beck (1995), al enfoque único de los extremos en lugar de concebirlo como un continuo. Este pensamiento también es conocido como categórico o blanco y negro, las personas tienen una tendencia a ver las cosas ya sea bien o mal. Sin reconocer que las situaciones tienen más de un componente y que existe un continuo entre los extremos.
2. *Filtración*: Descrita como una tendencia a seleccionar aquello que sea de interés para la persona, generalmente aspectos negativos (Beck, 1995). Un ejemplo claro de ello en el perfeccionismo sería enfocarse en lo que está mal o potencialmente podría salir mal “este parámetro no controlo todo me va a salir mal”.
3. *Lectura de Mente o Interpretación del Pensamiento*: Explicada como creer que se conoce lo que otra persona piensa (Sacks, 2007). La premisa involucra asunciones sobre lo que otros piensan. Como se ha descrito, anteriormente, esta característica es muy común en personas perfeccionistas, pues tienden a creer que las personas han colocado altos estándares que ellos deben cumplir y se relaciona directamente con niveles ansiosos y depresión (Egan et al., 2014).
4. *Sobregeneralización*: Se entiende como sobregeneralización a la conclusión globalizada que no necesariamente involucra situaciones actuales (Beck, 1995). En el perfeccionismo específicamente existe una predicción de eventos negativos que son generalizados y apuestan una gran probabilidad de que los eventos realmente ocurrirán (Antony y Swinson, 2009).

5. *Visión de Túnel*: Caracterizada por prestar atención únicamente a los aspectos negativos de una situación en particular (Beck, 2005). Como describe Antony y Swinson (2009), un ejemplo de conductas llevadas por la visión de túnel es destinar tiempo innecesario a una sola actividad, como en un examen en el que una persona perfeccionista sobre analizaría cada una de las preguntas obsesivamente, sin dejarle tiempo para terminar.
6. *Pensamiento Catastrófico*: Definido en Sacks (2007) como una sobre evaluación de una situación en particular. En las personas perfeccionistas es de las más comunes, sobre todo, si se cursa con ansiedad, depresión e ira. Un ejemplo muy común es “no podré lidiar si cometo un error frente a la clase” “sería definitivamente terrible y catastrófico si se me pasa un tiempo máximo de entrega” (Antony y Swinson, 2009). Mencionan además, que en un ambiente académico es muy común que se atravesase con crisis de ansiedad desencadenadas por estas creencias que también pueden presentarse como pensamientos automáticos.
7. *Los Debería*: Son reglas arbitrarias de como las cosas tienen que tomar un rumbo. Es una idea precisa y rígida de como la persona y los otros deben comportarse, se acompaña de una exageración en caso de que las ideas no se cumplan (Beck, 1995). Si es que se tomara un rumbo distinto se desencadenan sentimientos de ira, culpa, tristeza y ansiedad un ejemplo de esto es “mis compañeros deberían tomar los cursos como yo lo digo” (Antony y Swinson, 2009).

Acompañando a las distorsiones expuestas, también existen constructos fundamentales que describen y mantienen una estructura de pensamiento perfeccionista, como son la inflexibilidad de estándares, Sobre-Responsabilidad, Dificultad para confiar en otros, que serán expuestos a continuación

Inflexibilidad y Estándares Extremadamente Rígidos: como se ha mencionado de los principales sostenedores del perfeccionismo mal adaptativo la flexibilidad y la rigidez representan el más importante (Hawkins et al., 2006). Es muy común que tengan pensamientos recurrentes, rumiaciones y que estén estancados en pensamientos habituales, sin posibilidad de ver las alternativas o tener la idea con la idea de que existen limitadas (Matta, 2012). Como también se menciona dichos pensamientos generan emociones como ansiedad y angustia, estos pensamientos fluctúan entre los polos del espectro del perfeccionismo, manteniendo a la persona en un movimiento con cargas emocionales intensas.

Sobre Responsabilidad y Excesiva Necesidad de Control: las personas perfeccionistas generalmente tienen la idea de tener más control de los eventos en su vida del que realmente tienen (Antony y Swinson, 2009). La mencionada asunción catalogada como una creencia intermedia, guía a que las personas sientan que son las responsables de eventos que ni siquiera están relacionados con ellos, además que hace que sientan que deben exigir a los otros ciertos estándares para que salga todo a medida.

Dificultad para Confiar en otros: Las personas perfeccionistas generalmente, tienen muchísimos problema con delegar tareas a otros (Egan et al., 2014). Sienten una necesidad compulsiva de observarlos atentamente mientras resuelven lo delegado un ejemplo común “debo hacer las cosas por mí mismo porque los otros lo harían mal” (Antony y Swinson, 2009). Como se observa dentro de esta característica también se encuentra la presencia de distorsiones como visión de túnel, así como, filtración.

Comparaciones Sociales Inapropiadas: De la literatura revisada anteriormente, se sabe que el perfeccionismo tiene un componente social importante. Los perfeccionistas rígidos no son motivados por el deseo de éxito si no por el miedo al fracaso y la desaprobación

social (Ruíz, 2000). Todas las personas nos evaluamos tomando como regla otras personas, lo hemos hecho alguna vez sin que genere un malestar sobredimensionado, en personas perfeccionistas esto sucede con muchísima más frecuencia por lo que son mucho más vulnerables a experimentar emociones negativas, también pueden compararse con el objetivo de ratificar su perfeccionismo de ser este el caso los niveles ansiosos son menores (Antony y Swinson, 2009).

A continuación se presenta una revisión de literatura que incluye una base teórica sobre la que ha sido fundamentada la hipótesis de esta investigación, se espera que lo revisado pueda ser comprado eventualmente.

Tema 3. Correlación Entre Perfeccionismo y Ansiedad: Estudio de Variables.

En esta sección nos enfocaremos en estudios relevantes sobre ansiedad y su correlación con las diversas variables propuestas en esta investigación. Se tomará a la ansiedad y al perfeccionismo como variables principales, por lo que serán el tema de revisión en la siguiente sección.

De la literatura se recolectó una serie de estudios que permiten entender la fenomenología de los trastornos ansiosos en una población universitaria. En la recolección bibliográfica de De-Quirós y col., (2012), sabemos que en una población española adulta la prevalencia por año de los Trastornos de Ansiedad (TA) es de 6,2% superior a los trastornos depresivos que tienen un 4,3%. Concordando con los datos de Kessler y col (2005), en De-Quirós y col., (2012), donde se muestra que la prevalencia de los TA en Estados Unidos es de 18,1% seguida por trastornos de ánimo 9,5%.

El poder identificar el trastorno ayuda mucho en el tratamiento y su pronóstico (De-Quirós y col., 2012). También como menciona, es importante conocer que en cuestión de la variable género la prevalencia de los TA es mayor en mujeres, la literatura concuerda con ello para la mayoría de trastornos. Sin embargo, para las fobias y el Trastorno Obsesivo Compulsivo existen discrepancias en los porcentajes mayoritarios en la variable género aunque la mayoría muestra un porcentaje mayor en mujeres para los dos casos (De-Quirós y col., 2012).

Perfeccionismo y Ansiedad.

De la literatura que se ha revisado se propone a continuación una serie de investigaciones que aporta una base teórica nutrida en la correlación del perfeccionismo y la ansiedad. Mencionados estudios han servido como punto de partida para esta investigación y soportarán los resultados arrojados en este análisis

La siguiente tabla propone todas las correlaciones existentes entre trastornos ansiosos y el perfeccionismo, recopilado en el estudio de Egan, Wade, & Shafran (2012, p. 283), que integra alrededor de 12 revisiones de donde se extrajo la información resumida.

Tabla 2.2. Correlación entre Trastornos Ansiosos y Perfeccionismo: Medido con la Escala Multidimensional de Frost (1990) y sus Subescalas (FMPS).

Trastorno de Ansiedad	Perfeccionismo: FMPS y sus Subescalas
Ansiedad, Desorden de Pánico, Ansiedad Generalizada, Estrés Postraumático	Correlación directa con Perfeccionismo NO existe evidencia para Fobia Específica y Perfeccionismo
Trastorno Obsesivo Compulsivo	Subescalas: Estándares Personales, SobrePreocupación por los Errores.
Trastorno de Pánico con o sin agorafobia	Subescalas: Estándares Personales, SobrePreocupación por los Errores y Perfeccionismo Socialmente Prescrito.
Fobia Social	Subescalas: SobrePreocupación por los Errores y Perfeccionismo Socialmente Prescrito
Existe correlación entre preocupación en una muestra no clínica	Perfeccionismo
Ansiedad Generalizada	Subescalas: Estándares Personales, SobrePreocupación por los Errores
Estrés Postraumático: causado por violación (1 sólo estudio, la muestra no asegura que todos sus participantes fueron clínicos)	Subescalas: SobrePreocupación por los Errores en una intensidad comparable con muestras de personas con TOC y Desorden de Pánico

Además de la evidencia propuesta por Egan et al., (2012), investigadores como Gnilka, Ashby y Noble (2012), proponen comprobar una relación entre perfeccionismo y ansiedad. Para ello, utilizaron una muestra de 350 estudiantes de pregrado de psicología, a quienes aplicaron una prueba de perfeccionismo (*APS-R*) y la prueba de ansiedad (*STAI*).

Los resultados de la investigación permiten corroborar la existencia de una correlación entre ansiedad y perfeccionismo, siendo así que, aquellos participantes que en los inventarios fueron catalogados con perfeccionismo mal adaptativo alcanzaron los mayores niveles de ansiedad en comparación con los grupos de participantes con perfeccionismo adaptativo y no perfeccionismo (Gnilka et al., 2012).

Los resultados además muestran que las personas con perfeccionismo maladaptativo son más propensas a tener estrategias de afrontamiento menos saludables (Gnilka et al., 2012). Esto es explicado, por conductas de evitación, distracción y escape en personas con mayores niveles de ansiedad. No así con el grupo que presentó un perfeccionismo adaptativo, pues como la revisión bibliográfica lo sugiere, personas con perfeccionismo adaptativo tienden a tener mejores resultados en situaciones de desempeño pues por sus estrategias de respuesta son más adecuadas (Gnilka et al., 2012). En conclusión el estudio realizado por Gnilka et al., (2012) encuentra una correlación entre perfeccionismo maladaptativo y mayores niveles de ansiedad, soportado, por toda su bibliografía que incluye más de cinco estudios que evidencian esta hipótesis.

Un estudio realizado por Monteiro et al., (2013), presenta información biológica sobre la correlación entre ansiedad y perfeccionismo. Y es que como se describe, las conductas y pensamientos perfeccionistas activan el eje hipotalámico hipofisario haciendo que exista activación suprarrenal y por lo tanto producción de cortisol (Monteiro et al., 2013). A su vez el cortisol como se ha visto en el mecanismo de la ansiedad desencadena la vía de respuesta del estrés, siendo este, uno de los mecanismos de vulnerabilidad del estrés (Stein y Hollander, 2007).

Finalmente, a pesar de no tratar el temas de tratamiento para ninguna de las dos variables principales en esta tesis, el estudio propuesto por Egan & Hine (2008), muestra una acercamiento a un estudio en el que se trató los rasgos perfeccionistas con terapia cognitivo conductual y se observó su efecto sobre síntomas ansiosos y depresivos. El estudio tuvo utilizó una muestra de 4 clientes adultos escogidos de una lista de espera de 45 personas de una clínica psicológica. A dichos clientes se les ofreció tratamiento usando como enfoque el trabajo sobre los mecanismos Cognitivos Conductuales que mantienen el perfeccionismo por 8 semanas, 1 hora a la semana, además de una aplicación de pruebas estandarizadas entre las que se encuentra el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala Multidimensional de Frost, para sus ponderaciones se ha tomado los puntajes globales en las dos pruebas (Egan, y Hine, 2008).

Los resultados arrojados a pesar de contar con evidencia preliminar, no fueron significativos (Egan y Hine, 2008). No existió una disminución de síntomas tanto ansiosos como depresivos. Mientras que, en el tratamiento de los síntomas perfeccionistas hubo una reducción de sintomatología en dos de los cuatro participantes, sin embargo, los puntajes para la escala de Estándares Personales se mantuvo en todos los participantes (Egan y Hine, 2008). Los autores acotan que es probable que los participantes presentaban baja ansiedad antes del inicio del tratamiento y al no haber reducción de síntomas proponen que se necesita más investigación en el tema.

Tema 4. Inventario de Ansiedad de Beck.

Es una escala de autoreporte que evalúa niveles ansiosos (Aiken, 2003). Fue desarrollada por Beck en 1988, con el objetivo de valorar la severidad de ansiedad que tiene una persona, tiene cuatro versiones en español, inglés chino y turco, cada una de ellas

tienen valores psicométricos parecidos y consta de 21 ítems (Aiken, 2003). Cada uno de los síntomas está medido en una escala de 0 a 3 en la que; Cero corresponde a “Para nada” y 3 representa “severamente, casi no puedo soportarlo” (Steer, Clark, Kumar, y Beck, 2008).

Sus orígenes datan que en un inicio se desarrollaron 65 ítems o artículos, testeados en una muestra de 810 pacientes con diagnóstico de depresión y ansiedad (Maruish, 2004). En la misma descripción, se señala que en siguientes revisiones los ítems que medían criterios parecidos fueron eliminados, reduciendo la escala a un total de 37 ítems en una nueva muestra de 116 pacientes. Los 37 ítems se sometieron a un análisis correlacional tomando en cuenta medidas de comparación entre grupos distintos de diagnóstico, lo que llevo a una reducción final de 21 enunciados, probados en una nueva muestra de 160 pacientes, reduciendo los ítems al valor que se ha mantenido desde entonces (Maruish, 2004).

El BAI fue diseñado para medir niveles de gravedad de ansiedad y minimizar su superposición con la depresión (Lange, 2007). De las escalas registradas de ansiedad el BAI se describe como el que mejor alcanza el objetivo de discriminación (McDowell, 2006). Por lo que, correlaciones convergentes con otras medidas podrían reducirse haciendo que exista mayor dirección hacia la detección de niveles ansiosos.

Sus propiedades psicométricas han demostrado que es una prueba confiable (Maruish, 2004). Los valores mostrados arrojan promedios con alta consistencia ($\alpha > 0.90$), mientras que su tests-retest tiene una confiabilidad de ($r > 0.60$) (Steer et al., 2008). Su validez convergente ha sido demostrada en una población clínica adulta mostrando valores de ($r = .54 - .56$) versus valores de ($r = .51$) de la escala de ansiedad de Hamilton,

($r = .51$) de la *Cognition Checklist Anxiety Subescale*, y ($r = .51$) del STAI (*State -Trait Anxiety Inventory*) (Maruish, 2004) y finalmente sus valores correlacionales con apartados ansioso son de (.47 a .58) y de (.41) para síntomas obsesivos compulsivos específicamente (Lange, 2007).

Está orientado a ser utilizado en una población desde los 17 años hasta los 80 y se sabe que tiene un alto nivel de discriminación entre grupos de diagnóstico no ansiosos y ansiosos (Aiken, 2003). Ha sido utilizado con adolescentes, adultos y personas mayores con ansiedad o desórdenes afectivos, mostrando en cada uno buenas propiedades psicométricas (Lange, 2007).

Para su interpretación Maruish (2004), expone que cada uno de los ítems debe estar marcados con un valor entre 0 y 3, generando un resultado global de 0 a 63. En el mismo texto se señala que de acuerdo a este promedio la calificación puede ser interpretada en cuatro rangos; el primero de 0-9 que indica una ansiedad normal; el segundo de 10-18 que indica una ansiedad moderada, el tercero; de 19 a 29 representando ansiedad severa y finalmente el rango de 30 a 63, que equivale a una ansiedad muy severa. Cabe mencionar que promedios sobre 30 son raros, pues, en una muestra de pacientes ansiosos se obtienen rangos de 20 a 29 (Maruish, 2004).

Tema 5. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost.

Como se ha revisado el perfeccionismo está muy relacionado con el desarrollo de rasgos de personalidad perfeccionista y con sintomatología de ansiedad generalizada, fobia social y altamente con el trastorno obsesivo compulsivo; por ser un rasgo que comparte gran comorbidad con varios otros trastornos ha surgido la necesidad de desarrollar

herramientas que nos ayuden a medir empíricamente en orden de tener un aproximación diagnóstica más certera.

De las escalas de valoración más utilizadas se tiene la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (Carrasco, Belloch y Perpillá, 2010). Fue desarrollada en los años 90 por Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, quienes propusieron inicialmente un cuestionario de 67 ítems de auto-reporte para medir perfeccionismo incluyendo todas sus partes y dimensiones. Eventualmente, después de revisiones se redujo el número a 35 como resultado final en la escala (Carrasco y col., 2010).

La escala total cuenta con seis subescalas que reflejan seis características o subconjuntos del perfeccionismo (Egan et al, 2014). Midiendo así, características en las áreas de; Preocupación por los Errores, Estándares Personales, Expectativa Parental, Crítica Parental, Dudas sobre las acciones y Organización (Lawrence, 2010). De todas, el autor menciona que la subescala de preocupación por los errores y estándares personales podría estar más correlacionada con psicopatología (Carrasco y col., 2010).

El perfeccionismo ha sido un tema estudiando desde los años 90 y se lo ha planteado como un constructo multidimensional, medido tanto intra como extrapersonalmente (Monteiro, 2013). Para ello, se han desarrollado dos de los más importantes y utilizados instrumentos, que abarcan multidimensionalmente el concepto de perfeccionismo; estos son, la mencionada escala de Frost (1990) y la Escala de Perfeccionismo de Hewitt y Flett desarrollada en 1991 (Egal et al., 2014). Se sabe que la escala de Hewitt y Flett (1991) es la segunda más utilizada, maneja una estructura de Likert y una aproximación multidimensional del perfeccionismo (Monteiro, 2013). Sin embargo, la escala de Frost cuenta con mayor investigación, ha sido traducida al Chino,

Rumano, Español, Alemán entre otros, y sus propiedades psicométricas no cambian en el tiempo (Cheng y Chong, 1999).

La perspectiva multidimensional planteada por Frost se acerca mucho a los comportamientos y características atribuidas al perfeccionismo en estudiantes (Hawkins et al., 2006). Dentro de este parámetro se describen conductas como compulsividad en trabajos, exagerada preocupación por los detalles, estándares irreales tanto personales como externos, sobrepreocupación por la precisión y pensamientos obsesivos sobre el orden y la organización.

Las características psicométricas de la escala se proponen en Fisher y Corcoran (1994), en donde se describe que los valores de la escala para confiabilidad son de .77 a .93 para las subescalas, y de .90 para la escala global. Por otra parte, se menciona tiene una buena validez concurrente para otras medidas de perfeccionismo, incluyendo el Inventario breve de Síntomas y el Cuestionario de Experiencias Depresivas. Los valores mencionados explican y demuestran que la prueba cumple con buenos estándares para la aplicación a participantes y asegura que sus resultados serán confiables.

Investigación realizada sobre la Escala Multidimensional de Perfeccionismo.

Se han hecho varias revisiones de la escala de Frost, así como investigación en poblaciones específicas, a continuación se presentarán los resultados arrojados sobre el inventario en poblaciones españolas, así como estudios en poblaciones clínicas.

En una primera revisión se ha propuesto una serie de modelos factoriales para la sumatoria de las subescalas (Carrasco y col., 2010). El primero modelo está compuesto de tres factores, el segundo por cinco y un modelo de 4 factores en esta última

específicamente, no se ha hecho variación en las subescalas de Exigencias Personales y Organización, pero sí a nivel de Preocupación Por Errores y Dudas Sobre Acciones, esta última más relacionada con características negativas del perfeccionismo (Carrasco y col., 2010). En las mencionadas escalas se realizó una fusión entre ellas, lo mismo que con la escala de Expectativas y Críticas Paternas. Lo que los autores proponen es que los modelos de fusión de subescalas generan resultados más sólidos y teóricamente más relevantes, sin embargo, los resultados arrojaron pequeñas variaciones que existen pero no necesariamente aseguran que tengan mayor validez y confiabilidad, puesto que, los dos muestran valores que oscilan en un rango de 0,70 y 0,95 (Carrasco y col., 2010).

Por otra parte, contradictorio al estudio anterior Gelabert y col., (2011), realizaron una estandarización de la prueba al idioma español en una población española. Al observar las discrepancias para los análisis factoriales utilizó una metodología comparativa entre la estructura tetra factorial y la original de seis factores. Los resultados propuestos nos dicen que contrario a lo que otros estudios proponen la escala de Frost tiene mejor índice de ajuste psicométricos (.93 y .71-.91 para las 6 subescalas en comparación con las estructuras tetrafactoriales presentadas en otros estudios, por lo que usar todas sus escalas podría ser más apropiado (Gelabert y col., 2011)

Finalmente, como se ha revisado la mayoría de estudios presentan resultados de la escala de perfeccionismo en poblaciones estudiantiles, mujeres y hombres. Sin embargo, saliéndose de esta línea Purdon y Antony (1999), han realizado una investigación en 322 sujetos diagnosticados con el manual de diagnóstico DSM-IV-TR con trastornos de ansiedad principalmente, obsesivo compulsivo, ataques de pánico sin agorafobia y fobia social. Su muestra fue mayoritariamente una población femenina y se realizó una

correlación entre los factores de la escala de Frost con escalas de ansiedad específicas y a pesar de tener una hipótesis en la que se creía había diferencia entre grupos no clínicos y clínicos, sus resultados nos muestran que no hay significancia estadística en la validez entre las muestras, lo que significa que la estructura factorial es la misma para las dos muestras y la relación entre escalas son también iguales.

Es necesario en esta sección acotar que como se ha revisado el análisis de resultados de la escala de Frost, se encuentra en un rango de 35 a 175, entre más se acerque a este valor más perfeccionismo. Sin embargo, de la literatura revisada se ha encontrado que Shafran y Monsell (2001, citados en Egan y Hide, 2008), proponen un rango medido en una población clínica de 70 a 87.7 este ha sido la media de la población medida, sus estudios se basaron en este rango para las interpretaciones de los resultados y para motivos de interpretación en esta tesis también se utilizará la mencionada referencia, por lo que se entenderá que valores iguales o mayores a 70 se consideran como rasgos perfeccionistas evidentes.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se describe como una investigación empírica analítica en la que se busca encontrar una correlación entre dos variables independientes como son la ansiedad y el perfeccionismo. Basándonos en la literatura y estudios anteriores sabemos que hay evidencia de que existe una relación entre la ansiedad y conductas/ rasgos perfeccionistas. En esta investigación de análisis primario se desea encontrar una correlación entre ellas en una población universitaria.

El enfoque a utilizarse será analítico cuantitativo. Para ello se fundamentará en las ponderaciones marcadas en dos pruebas que midan ansiedad y perfeccionismo. De tal forma, que cada una de los ítems tengan un valor que permita arrojar valores empíricos.

El diseño de la investigación como se ha mencionado será un estudio correlacional, con metodología cuantitativa sin manipulación de variables. En el que se usará una correlación de Pearson para el análisis de los datos. Buscando encontrar un grado de relación entre la variable ansiedad y la variable perfeccionismo en un mismo momento del participante.

Justificación de la metodología seleccionada

El estudio correlacional se ha sido descrito como una investigación en la que se busca encontrar o aclarar la existencia de un grado de relación entre las variables más relevantes de un fenómeno en particular (Martin, 2008). Se añade que en ningún tiempo se intenta atribuir a una de las variables el efecto observado en otra. Lo que quiere decir, que más bien, al ser una técnica descriptiva se muestra si dos variables tienen algo en común (Salkind, 1999).

Para demostrar esta relación se sirve de un coeficiente de correlación (Bisquerra y cols., 2009). El mismo que se obtiene a través de una regresión, siendo esta un indicador matemático que proporciona información del grado, dirección e intensidad que existe entre las variables estudiadas (Bisquerra y cols., 2009). Será fundamental la obtención de dicho coeficiente en orden de poder llegar a conclusiones matemáticas que puedan ser comparables.

La correlación de Pearson que será la utilizada en este estudio, es un coeficiente diseñado para medir dos variables entre los valores de -1 a +1 (Guárdia, Freixa, Però y Turbany, 2008). Se explica que si los valores están cercanos al cero no existe una relación lineal, por otra parte, si las dos variables toman la misma dirección es decir existe una relación lineal o positiva los valores serán cercanos a 1 entre más cercanos a uno más intensa su relación. Los mismos autores mencionan que del lado contrario, si se genera un coeficiente negativo se explica la innegable existencia de una relación lineal entre las variables medidas, sin embargo, nos dice que su direccionalidad es opuesta. Siendo así que, cuando los valores de una variable aumentan los de la otra disminuyen, lo que en el diagrama de puntos se observa como una nube descendiente (Guárdia y cols., 2008).

Por otra parte, si hablamos de significancia, los valores dependen del programa estadístico o manual que se utilice. Sin embargo, como se describe (Bisquerra y col., 2009), si los valores van de 0 a 0.20 la correlación es prácticamente nula; de 0.21 a 0.40 la correlación es baja; de 0.41 a 0.70 existe una correlación moderada; de 0.71 a 0.90 existe una correlación alta y de 0.91 a 1 la correlación es muy alta. Los valores arrojados permitirán hacer interpretaciones y conclusiones.

Ahora, es importante denotar que la investigación será de carácter cuantitativo. Entendiéndose como método cuantitativo a técnicas experimentales aleatorias, cuasi-

experimentales, *tests* objetivos, que involucra un análisis estadístico multivariado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Su enfoque usa como método la recolección de datos con el objetivo de probar hipótesis. Usando como bases empíricas la medición numérica y el análisis estadístico de tal forma que se pueda establecer patrones de comportamiento (Hernández y cols., 2003).

Como se describe en Hernández y cols. (2003), característicamente, el enfoque cuantitativo es el utilizado por las ciencias en general. Puesto que, es un esquema deductivo y lógico en el que se genera la necesidad del planteamiento de una hipótesis que busca ser probada, la aceptación o rechazo de la hipótesis requiere de un proceso en el que exista medición estandarizada y numérica, para que posteriormente exista un análisis estadístico pretendiendo generalizar los resultados. Se menciona también que este enfoque toma en cuenta dos realidades; la del investigador y las del ambiente, valiéndose de su estructuración y metodología, el enfoque cuantitativo pretende acercar los objetivos y creencias del investigador a la realidad del ambiente (Hernández y cols., 2003).

Herramienta de investigación utilizada

Para la presente investigación se usarán dos pruebas primordiales como herramientas de obtención de datos; El inventario de Ansiedad de Beck y La Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost. Las herramientas fueron escogidas tomando en cuenta su contenido. De la pre-revisión y a criterio de la investigadora, se consideró que los dos formularios generarían información sustancial para cumplir con los propósitos de esta investigación.

Inventario de Ansiedad de Beck.

Por su parte, el Inventario de Ansiedad de Beck, es de las pruebas más utilizadas y estudiadas mundialmente (Aike, 2003). Fue diseñada por Aaron Beck en la década de los 80 y su objetivo es diferenciar entre grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso. Para ello, cuenta con 21 ítems y cuatro versiones en inglés, español, chino y turco, su tiempo de desarrollo es de 10 a 15 minutos (Aiken, 2003).

En estudios recientes realizados por Sanz y Navarro (2003), se ha obtenido datos sobre su validez en una población española en donde se observó que el BAI tiene una consistencia interna de .92 en adultos, .88 en universitarios y .91 en pacientes con trastornos psicológicos. Además que se observó que las mujeres tenían puntuaciones más altas en comparación con los hombres. Por otra parte, como se describe en Steer, Clark, Kumar y Beck (2008) su consistencia es de ($\alpha > 0.90$), mientras que su confiabilidad de ($r > 0.60$).

La prueba es calificada de acuerdo a una ponderación de 4 categorías que van desde cero hasta 3 (Lange, 2007). Donde cero es el menos intenso y 3 el mayor. Su ponderación final se representa en rangos en donde de 0-9 representa una ansiedad normal; 10-18 equivale a una ansiedad moderada, de 19 a 29 se entiende como ansiedad severa y finalmente el rango de 30 a 63, que muestra una ansiedad muy severa (Maruish, 2004).

Con los antecedentes y datos epidemiológicos de esta prueba se tiene una sólida base de su confiabilidad y validez lo que nos da una certeza de que es la más adecuada para la obtención de datos que necesita este estudio.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost.

Por otra parte, la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost, es uno de los instrumentos con mayor y mejor tradición empírica en el campo del perfeccionismo. (Carrasco, Belloch y Perpiñá, 2010). Cuenta con 35 Ítems que han sido revisados hasta su número total, se ha estandarizado su versión español y busca medir todas las dimensiones del perfeccionismo en seis subescalas (Fischer y Corcoran, 1994). Sus propiedades psicométricas nos dicen que tiene una buena confiabilidad equivalente en general a .90 y en sus subescalas de .77 a .93 (Carrasco y cols., 2010)

Su estructura se explica con una escala de Likert de 5 puntos (Fisher, 1994). Los valores oscilan desde 1 que corresponde a completamente desacuerdo a 5 equivalente a completamente de acuerdo. El rango o promedio total puede ir desde 35 hasta 175, indicando que promedios más altos representan niveles mayores de perfeccionismo (Purdon y Antony 1999).

Se han hecho varias revisiones y adaptaciones de la prueba, sin embargo, originalmente se han incluido seis subescalas incluyendo; Estándares Personales, Preocupación por los errores, Dudas acerca de acciones, Expectativas Parentales, Critica Parental y Organización

Brevemente, como se describe en Fischer y Corcoran (1994), la escala de Estándares Personales: hace referencia al autoponerse estándares muy altos para alcanzar, presionarse voluntariamente para alcanzar un gran objetivo. Preocupación Por los Errores: refleja excesiva preocupación por fallar o fracasar en alguna o muchas áreas, así como también un miedo real acerca de la evaluación de otros manteniendo una visión negativa de lo que los otros puedan decir sobre la persona; Dudas acerca de las acciones: se refiere al auto concepto de inseguridad sobre las habilidades personales, una constante duda

individual acerca de las destrezas y artes del sujeto; Por su parte, tanto las expectativas parentales como la crítica parental: hacen referencia a el componente del grupo primario y su influencia y exigencia en el establecimiento de metas y exagerada crítica; finalmente la escala O corresponde a Organización la misma que refleja una excesiva importancia hacia el orden y aseo. Como se puede ver cada una de las subescalas refleja un concepto y una posible correlación con algún trastorno, para propósitos de este estudio se tomará como referencia el promedio global marcado en las pruebas individuales, pues, consideramos como hipótesis principal el constructo de perfeccionismo más no una subdivisión específica del mismo.

Descripción de participantes.

Número.

Para el desarrollo de este estudio se necesitó una población total de 100 estudiantes. Mismo total que fue dividido de acuerdo a las necesidades de la investigación. De lo mencionado se explica que los 100 participantes fueron escogidos aleatoriamente entre dos niveles de la facultad de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

Del total de 100 estudiantes se ha dividido la muestra en un número de 50 estudiantes de los primeros años de psicología clínica y 50 estudiantes de los últimos años. Escogidos aleatoriamente de las clases registradas en el banner de la Universidad San Francisco.

Los requerimientos para formar parte del estudio fueron; ser estudiante registrado en la carrera de psicología y pertenecer a cursos de los primeros y últimos niveles de la carrera, mismos que fueron tomados como los criterios de inclusión lo que significa que si el participante no cumple con ser un estudiante a tiempo completo de la carrera de

psicología será excluido de la muestra utilizada, sucediendo lo mismo con los años académico cursados.

Género.

El estudio como una de sus hipótesis tiene el precisar el nivel de ansiedad en mujeres y hombres. Para lo que fue necesario pedirles a los participantes que anoten su género en el inicio de los formularios. Con la información anotada será posible realizar las estadísticas sobre esta hipótesis.

A pesar de que el género es trascendental para resolver una de las hipótesis planteadas no se ha establecido un número exacto de participantes ya sea femeninos o masculinos. Los resultados se trabajaron sobre la muestra tomada aleatoriamente. Por lo que, no existió control de la variable género, pero si fue tomado en cuenta para los resultados y conclusiones de la hipótesis mencionada.

Nivel socioeconómico.

La investigación no tomará en cuenta el nivel socioeconómico. Pues no se ha considerado que sea una variable relevante para propósitos de esta investigación. Se considera que no es principal objetivo de este estudio a pesar de que la variable expuesta sea un factor ambiental calificado como vulnerable para la presencia de niveles de ansiedad. Adicional a los criterios de inclusión y exclusión mencionados, no se considera que la variable socio-económica tenga un impacto directo al correlacionar niveles de ansiedad con rasgos perfeccionistas y en ninguna de las etapas de la recolección de datos se ha hecho señalamiento sobre esta variable.

Características especiales relacionadas con el estudio.

A pesar de no tener conocimiento exacto o empírico de las características intelectuales, emocionales y sociales del grupo experimental, se presume no existe ninguna característica especial que distinga a un participante de otro. Todos han cumplido con los criterios de inclusión y exclusión mencionados con anterioridad y no se ha observado características que resalten a un participante en especial. En cuanto a esta sección se cree se manejó una muestra que mantuvo homogeneidad en la mayoría de características.

El grupo experimental fue conformado por una población universitaria promedio, en el que no se presentaron participantes con discapacidad de ningún tipo (apreciación observacional). Así como, tampoco se trabajó con una población clínica, todos los datos fueron recolectados de personas de una población general mujeres y hombres de en un ambiente académico. Se considera que todas las variables sobre las que no se tiene control como el nivel socioeconómico y el lugar de origen pueden afectar los resultados en ese participante y globalmente, pues como se ha visto la cultura y agentes externos son relevantes tanto para los niveles de ansiedad como para los rasgos perfeccionistas.

Fuentes y recolección de datos

Todos los datos han sido recolectados de una muestra limitada en una población universitaria. Cada uno de los resultados arrojados corresponde a las respuestas anotadas en los cuestionarios administrados. Los criterios de inclusión y exclusión han sido mencionados en secciones anteriores de esta tesis y de acuerdo a ello se recolectó la información.

Los cuestionarios han sido escogidos por su contenido. Por lo que cada uno de los ítems ha sido evaluado considerando los parámetros que se buscan encontrar en esta

investigación. Lo mencionado ha sido la componente controlada por el investigador de acuerdo a su juicio y lógica para obtener información sobre los temas estudiados.

El presente estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito. A cada uno de los participantes se les ha leído el consentimiento informado verbal y se ha tomado el “Sí” como un consentimiento tácito. Cada uno de los estudiantes estuvo informado acerca de los riesgos y beneficios que involucraba participar. Se aseguró confidencialidad máxima durante todo el proceso, respetando todos los enunciados del consentimiento informado verbal. Una vez que se aseguró que todos los parámetros fueron entendidos y que se tuvo el consentimiento voluntario se procedió a entregar y llenar los formularios

El proceso para la recolección de datos inició con una selección de clases de psicología de primeros y últimos años revisados en el *Banner* de la Universidad San Francisco, una vez que se tuvo la aprobación de los profesores se hizo lectura del consentimiento informado y aquellos participantes que voluntariamente aceptaron se les entregó los formularios. El tiempo de la administración de las pruebas osciló entre 15 y 20 minutos. A medida que iban terminando los formularios fueron recolectados en un ánfora cerrada, con la intención de desvincular cualquier forma de identificación.

Se ha confiado en la honestidad de los participantes al momento de llenar los formularios. Se espera, que cada uno haya marcado la ponderación que más se acercó a su situación. De tal forma que los resultados globales estén de acuerdo un grado de convicción veraz y a la realidad del participante

Todos los análisis estadísticos y resultados se han trabajado sobre la información que el grupo experimental ha proporcionado, en cada uno de los ítems de las dos pruebas. Los puntajes tomados en cuenta como se ha mencionado fueron los globales. Se

consideraron las variables externas, así como también, se ha hecho una observación durante la aplicación de las pruebas que permita obtener información adicional al momento de concluir y discutir los resultados obtenidos.

Para el análisis en específico de las muestras se utilizó el programa Minitab14 para Windows 8 en el que la investigadora se valió de la Correlación de Pearson, MANOVA y T-Test Two- Sample, para los resultados finales. La correlación de Pearson por su parte, ha sido descrita en capítulos anteriores, mientras que el T-Test Two simple se describe como un diseño usado para observar el efecto de una variable independiente con dos niveles sobre una variable de carácter cuantitativo. Mientras que se comprende como MANOVA al análisis que permite ver la influencia de una o más variables independientes con niveles categóricos sobre dos o más variables dependientes que tienen datos de carácter continuo (Borja, s.a.).

ANÁLISIS DE DATOS

Detalle del análisis

Una vez que los datos fueron recolectados, se procedió a realizar la tabulación de los mismos. Tanto para el Inventario de Ansiedad de Beck como para la Escala de Perfeccionismo de Frost se hizo una sumatoria de cada una de las ponderaciones en la escala de Likert dando como resultado dos puntajes globales. Dichos resultados sirvieron para realizar las estadísticas correlacionales; es importante recalcar que se han utilizado las ponderaciones marcadas globalmente sin tomar en cuenta la sumatoria de las subescalas en el Multidimensional de Perfeccionismo de Frost.

Así mismo, se tabuló la información de género y años académicos organizándola de tal forma que permitiese realizar las estadísticas relacionadas con estas variables.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Minitab.14 instalado en el ordenador personal, para un sistema operativo Windows 8. Cabe mencionar que tanto la propuesta como la ejecución del procesamiento de datos se lo hizo junto con Gustavo Villacreses, asistente del departamento de Psicología. Además, para la interpretación cuantitativa como para el uso del programa se siguió el “Manual de Investigación del Comportamiento con Aplicaciones para el programa estadístico Minitab” desarrollado por Teresa Borja y obtenido de la carpeta virtual *DropBox* de la escuela de Psicología de la USFQ.

A continuación, se presentarán los resultados arrojados

Hipótesis 1.

Para comprobar la hipótesis principal y motivo de este estudio, en el que se buscó encontrar una correlación entre perfeccionismo y ansiedad en Estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito, se utilizó una correlación de Pearson, con la intención de definir si es que, efectivamente, a mayores rasgos de perfeccionismo existen mayores niveles ansiosos; los resultados obtenidos de la correlación niegan la hipótesis indicando que en la población utilizada no existe una correlación positiva evidente ($r = 0.226$).

Se sabe que si las variables Perfeccionismo y Ansiedad alcanzan un valor entre 0,20 a 0,30 no generan el suficiente soporte para aceptar la hipótesis, sin embargo, del resultado de significancia arrojado la investigación es aceptable ($p = 0.024$) por lo que matemáticamente se puede confiar en estos resultados para la muestra de estudiantes de psicología clínica ($N=100$).

Hipótesis 2.

Para comprobar la hipótesis de que existe una relación entre rasgos perfeccionistas y niveles de ansiedad con los años académicos cursados se ha hecho la aplicación de un *MANOVA* los resultados mostrados en el Wilk's Lambda muestran que la variable independiente Años Académicos si tiene un efecto sobre las variable dependiente de ansiedad y perfeccionismo ($F = 4.032$; $p < 0.05$). Los resultados del *ANOVA* indican que el efecto es significativo para perfeccionismo ($F = 6.33$; $p < 0.013$). El análisis Bonferroni muestra que el promedio de perfeccionismo en estudiantes de los primeros años ($X = 87.0$)

es menor al promedio de los estudiantes de los últimos años ($x = 98.7$). Los resultados también nos muestran que el efecto de la variable independiente años académicos sobre la variable dependiente ansiedad no es significativo ($F = 3.25$; $p = 0.075$). La media puntuada para ansiedad en estudiantes de primeros años fue de ($x = 13,26$) mientras que la de los últimos años de psicología fue de ($x = 18,56$).

Hipótesis 3.

Para determinar la diferencia entre ansiedad de estudiantes mujeres vs la muestra de los hombres, se realizó un *T-Test two sample* para medidas independientes los resultados nos muestran que no existe diferencia estadística entre mujeres y hombres ($t = -0.88$; $p = 0.383$). Los promedios muestran que los valores de ansiedad tienen una media de ($x = 14.9$) para un total de ($x = 73$) de participantes mujeres y una media de ($x = 18.6$) en una muestra total de ($x = 27$) en hombres.

Hipótesis 4

Finalmente, se propone que las estudiantes mujeres tienen mayores índices de perfeccionismo en comparación con la muestra de estudiantes hombres, para este análisis se utilizó un *T-Test two sample* para medidas independientes, los resultados arrojados nos muestran que no existe diferencia significativa en la muestra aplicada ($N=100$), ($t = -0.31$; $p = 0.757$). El promedio arrojado de perfeccionismo para mujeres es equivalente a ($x = 92.4$) en una muestra ($N=73$) mientras que el promedio de perfeccionismo en hombres fue de ($x = 94.2$) en una muestra total de ($N=27$).

Importancia del estudio

Los resultados descritos en la sección anterior, potencialmente podrían contribuir a un entendimiento más real y más cercano sobre la interacción de la ansiedad y del perfeccionismo en una muestra estudiantil. A pesar de no existir una correlación positiva, sus resultados son significativos y generan información importante tanto para la carrera como para la Universidad San Francisco de Quito. Ya que, se ha empezado a generar una base de datos y de información para esta interrogante.

A pesar de que la hipótesis es nula, su significancia matemática nos genera un constructo de importancia. Pues, estadísticamente podemos probar que en la población específica descrita, no se cumple la teoría, por lo que, se puede tomar tanto a la ansiedad como al perfeccionismo como dos variables independientes no correlacionales. Así mismo, la investigación ha proporcionado información epidemiológica de relevancia incluyendo las variables sexo y años académicos y su efecto en las variables de ansiedad y perfeccionismo en estudiantes de primeros y últimos años, haciendo un escáner de las condiciones psicológicas en esta carrera.

La variable ansiedad vs perfeccionismo no pudo ser comprobada, después del análisis de los resultados, siendo información valiosa para el escaneo del estado mental que se propuso con anterioridad. Brinda información concreta y objetiva de lo que sucede en cuanto al perfeccionismo y la ansiedad en estudiantes de primeros años versus los de último y crea un espacio de interrogantes para analizar diferentes factores en el área.

Es importante además porque genera preguntas y problemáticas para futuros estudios, permitiendo hacer un análisis completo y nuevo, sobre todo, en el área del perfeccionismo que es el que ha tenido relevancia estadística. Además, concibe la idea de

nuevos temas que podrían resultar interesantes para colegas futuros que quieran estudiar nuevas variables o cambiar factores dentro de esta investigación.

Finalmente, proporciona una base de datos efectiva, actualizada y de un ambiente académico ecuatoriano que eventualmente, puede servir de base para estudios longitudinales, comparativos o independientes ahora que se conoce que una variable no afecta en la otra. De lo mencionado es importante recalcar que es preciso tomar en cuenta que para los resultados arrojados el estudio tiene limitaciones que se describirán posteriormente.

Resumen de sesgos del autor

Se menciona que dentro de los sesgos del autor, se encuentra que la investigadora es estudiante de la Universidad San Francisco de Quito. Por lo que puede estar muy relacionada con la muestra, sobre todo con la de los últimos niveles de psicología clínica. Para contrarrestar esta premisa, se ha hecho un consentimiento informado autorizado por el comité de bioética de la USFQ, en el que se explica que a pesar de haber contacto directo del investigador con los participantes, en ningún momento se pedirá información que identifique a los estudiantes, además los formularios han sido marcados con un código de participante de tal forma que se pueda identificar al sujeto que llenó una misma prueba (por ser dos inventarios) más no la persona en sí.

Se menciona además que el manejo y tabulación de los formularios se hizo en un lugar desvinculado con la universidad. Lo mencionado se realizó en caso de que existiera el riesgo de que un tercero esté presente durante la calificación y tabulación de datos. Sin embargo, una posible relación o identificación del participante se eliminó al momento de ser anónimo y haber colocado los formularios en un sobre cerrado haciendo que dentro de

él todos los formularios se mezclen disminuyendo aún más una posible identificación con el participante.

También se menciona que existe el sesgo de haber presentado un deseo marcado hacia la comprobación de la hipótesis planteada inicialmente. Las medidas tomadas para disminuir este sesgo, fueron, la aplicación de pruebas estandarizadas en una muestra aleatoria, esto permitió agregar circunstancialidad y disminuir el sesgo. Adicionalmente, se realizó una tabulación objetiva para finalmente hacer un análisis estadístico cuantitativo sin manipulación de ninguno de los formularios. Los formularios serán guardados por requerimientos de bioética, más allá servirán como base y apoyo de que los resultados mostrados en esta investigación, son los arrojados por los participantes y que no existió manipulación de información en ninguna parte del proceso, manteniendo objetividad en cada apartado.

Finalmente, es probable que involuntariamente la investigadora haya realizado conductas o expresiones que generaron malestar en los participantes o por ser estudiante egresada se tenía contacto cercano con alguno de ellos haciendo que afecte los resultados. En la primera premisa se intentó sobremanera mantener una actitud estandarizada con todos los participantes en cada una de las clases, la investigadora se ha presentado amable y agradecida con aquellos que han participado y con los que no lo han deseado de igual forma, de esta forma se aseguró que los niveles de ansiedad se mantuvieran constantes intentando no cambiar la actitud con la persona tomó la prueba. Por otra parte, en la segunda premisa como se ha mencionado se han escogido las clases en las que se procedería a la aplicación de pruebas de manera aleatoria disminuyendo este riesgo de especificidad de contacto con estudiantes conocidos.

CONCLUSIONES

Respuestas a las preguntas de investigación

Después de haber hecho una óptima recolección de datos y un análisis estadístico empírico, se cuenta con la información necesaria para poder responder las preguntas formuladas en secciones anteriores de esta tesis.

Pregunta 1. ¿Existe una correlación real entre perfeccionismo y ansiedad en estudiantes de primero y último año psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito?

Después de haber realizado una tabulación de datos objetiva y un análisis empírico cualitativo. Se observa, que no existe una correlación positiva entre perfeccionismo y niveles de ansiedad en una población universitaria de primeros y últimos años de educación. El coeficiente de correlación obtenido no permite afirmar la hipótesis planteada en un inicio. Sin embargo, sí nos dice que la información obtenida es valiosa, pues alcanza significancia estadística.

Pregunta 2. ¿El año académico genera una influencia sobre el desarrollo de niveles de ansiedad?

Una vez analizadas las variables relacionadas con el problema, se sabe que no existe una influencia del año académico sobre el desarrollo de niveles ansiosos. Al correr la prueba estadística se observó, que sobre esta variable no había efecto por parte de los años académicos, además su validez es igualmente, nula. Esto, porque el índice de significancia no alcanza los valores estándares para aceptar la hipótesis como verdadera.

Pregunta 3. ¿El año académico genera una influencia sobre las actitudes y rasgos perfeccionistas?

Contradictorio a lo presentado anteriormente, sobre esta problemática si se puede enunciar una afirmación de que el año académico influye en cierto grado al desarrollo de conductas perfeccionistas. Los análisis realizados sobre la variable ansiedad no permitieron aceptar la hipótesis, sin embargo, para la variable perfeccionismo se evidenció significancia estadística. Misma que apoya el enunciado, que en la población estudiada hay una influencia del factor académico sobre la variable perfeccionismo.

Pregunta 4. ¿Es el género un factor causal de la ansiedad y el perfeccionismo?

En la última problemática planteada, no se pudo encontrar evidencia de que el género sea un factor predictor de ansiedad y perfeccionismo en el grupo experimental. Los promedios, así como, los coeficientes de validez, no alcanzan una significancia estadística que permita sostener una respuesta positiva para la problemática. De tal forma, que se concluye que para esta premisa los resultados muestran una negación de la misma.

A continuación, se presentarán los argumentos, síntesis y el desarrollo analítico de los resultados obtenidos, así como, la comparación con lo expuesto en la teoría tomando en cuenta sólo aquellos estudios que sean relevantes para esta sección.

Discusión

Contradictorio a lo mostrado en la revisión de la literatura para esta tesis, se observa, que el constructo correlacional entre perfeccionismo y ansiedad no sucede en los estudiantes de primeros y últimos años de Psicología Clínica. Como menciona, ampliamente Egan, Wade y Shafran (2014), trastornos ansiosos como ansiedad generalizada, trastorno obsesivo – compulsivo, fobia social entre otros, tienen una alta correlación positiva con las subescalas de Sobre-Preocupación y Estándares Personales de

la Escala Multidimensional de Frost. Así también, corroborando esta premisa, Gnilka, Ashby y Noble (2012), mencionan que estudiantes de psicología presentan una relación entre perfeccionismo maladaptativo y ansiedad.

De lo revisado, se esperaba encontrar una correlación evidente en este análisis, pues, se discute que la literatura apoyaba a que la hipótesis fuera aceptada. Sin embargo, es fundamental decir que el presente estudio sugiere que a pesar de que se rechaza la hipótesis, la investigación sugiere fenomenología para la población utilizada, puesto que tiene significancia estadística ($p < 0.05$). Lo que quiere decir, que en la población de estudiantes universitarios de primeros y últimos años de la USFQ no hay una relación entre perfeccionismo y ansiedad, funcionando como dos variables independientes.

Lo mencionado, muestra que las dos variables funcionan independientemente. Siendo esto importante si se habla de tratamiento o de factores ambientales como la vulnerabilidad psicológica. Por lo que, si el grupo experimental de esta tesis, quisiera acceder a un tratamiento sobre ansiedad o rasgos perfeccionistas, se conoce que es importante trabajar en los dos aspectos. Pues, manejar uno no disminuirá la sintomatología del otro y viceversa.

El estudio realizado por Egan y Hine (2008), sostiene que se no encontró evidencia de una disminución de síntomas ansiosos en una población clínica al trabajar sobre las cogniciones y conductas que mantienen al perfeccionismo. Para el estudio se utilizó la escala de Frost y el inventario de ansiedad de Beck en los dos casos se utilizaron los puntajes globales en las dos escalas. Generando una base teórica que apoya parcialmente los resultados mostrados en la presente investigación en la que se describe que en la población de estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito, no hay una correlación entre ansiedad y perfeccionismo.

Para la segunda hipótesis, el MANOVA arrojó evidencia significativa después del primer análisis, al observar el Anova de cada una de las variables, se concluye, que no existe validez para la relación entre ansiedad y años escolares. Por otra parte, la relación entre años escolares y perfeccionismo se acepta como cierta, puesto que, muestra significancia.

Entrando en detalle se discute que para la relación entre las variables de ansiedad y perfeccionismo la validez no es relevante. Es muy probable que el uso del Inventario de Beck para Ansiedad en una población no clínica haya arrojado resultados reales para ansiedad diagnóstica pero no para ansiedad caracterológica. Lo que sugiere que no necesariamente se obtuvo datos incorrectos, pero si fuera de los parámetros medidos en esta investigación.

A pesar de no tener significancia estadística ($p= 0.075$) lo que quiere decir que no existe relación entre ansiedad y años académicos el análisis de datos nos proporciona información adicional que puede ser analizada según la herramienta para ansiedad (BAI).

Se obtuvo resultados sobre las medias de ansiedad según los años que son importantes de reportar. Mostrando que para los Primeros Años el promedio de ansiedad corresponde a un valor de ($x = 13.26$), mientras que para los últimos años su media fue de ($x = 18, 56$). Si se analiza la media de los estudiantes de primeros años, podemos acotar que se encuentran en un rango de ansiedad moderada según los propuestos por el Inventario de Ansiedad de Beck, pues, están dentro de los valores de 10 a 18. Con los estudiantes de últimos niveles se afirma se encuentran en un término límite entre ansiedad moderada y ansiedad severa, descritas en Maruish (2014), como los rangos entre 10 – 18 y 19-2- respectivamente. Puede ser que esta falta de diferencia en los promedios haya

colaborado con los resultados a nivel de validez para poder afirmar que efectivamente el año es un factor influyente sobre ansiedad.

De lo mencionado con anterioridad se debe señalar que no se afirma una que exista una relación significativa entre ansiedad y años académicos, pero si es posible realizar un análisis de los promedios, por ser el BAI una herramienta con puntos de corte que permite interpretación. Se menciona que puede ser que la distancia entre años sea una de las limitantes para que no haya significancia, adicionalmente, genera un campo para futuras investigaciones, pues al tener promedios relativamente lejanos, un manejo de variables como número de participantes o el criterio de exclusividad en cuanto a años académicos, podrían aclarar las observaciones realizadas en este estudio.

Por otra parte, la siguiente variable medida en la hipótesis 2, describe una evidente relación entre años de estudios y perfeccionismo explicado con un valor de validez aceptable, que permite, realizar dicha afirmación. El análisis del *Anova* nos arroja una validez de ($p < 0.013$) y una media para los primeros años equivalente a ($x = 87.0$), mientras que para los últimos un promedio de ($x = 98.7$). Comprobando que el perfeccionismo es mayor en estudiantes de los últimos años vs los primeros.

Se discute de lo mencionado, que a pesar, de no saber cuál es el factor influyente o etiológico dentro de la variable años académicos, existe una razón que genera que dicha variable tenga un efecto sobre el perfeccionismo, se sugiere puede ser el tiempo.

Lamentablemente, no existe información o una muestra con la que pueda ser comparada la presente hipótesis. Sin embargo, si es posible el análisis de los promedios arrojados.

La escala de perfeccionismo de Frost, es calificada en un rango de 35 a 175, lo que significa que a mayor perfeccionismo, mayores valores puntuados. Sin embargo, en la literatura revisada se ha encontrado un rango de comparación propuesto por Shafran y

Monsell (2001), en Egan y Hine (2008), en el que sugieren utilizar un rango entre 70 – 87.7 para describir un perfeccionismo maladaptativo. Utilizando la mencionada referencia diremos que ambas muestras del grupo experimental tienen rasgos perfeccionistas maladaptativos, siendo los estudiantes de los últimos niveles aquellos con mayor promedio que equivale mayores niveles de perfeccionismo.

Para la tercera y cuarta hipótesis, los supuestos fueron basados en una revisión de datos epidemiológicos durante la carrera de la investigadora, además de la revisión encontrada y presentada en secciones anteriores de esta tesis. A pesar de los supuestos y de la base teórica los resultados no presentan significancia. Por lo que, la hipótesis de que el género es un influyente para el desarrollo de niveles de ansiedad y rasgos perfeccionistas se rechaza.

Se menciona en la tercera hipótesis; la creencia de que las mujeres son más ansiosas que los hombres, lamentablemente esto no pudo ser corroborado en la presente investigación. Por otra parte, la cuarta hipótesis sostiene que las mujeres son más perfeccionistas que los hombres, dicha premisa tampoco alcanzó significancia para poder ser aceptada. Se discute que el número de participantes hombres fue un factor generador de sesgo, que ha invalidado las dos premisas.

Se argumenta que la falta de una muestra homogénea puede haber sesgado involuntariamente, a los resultados obtenidos. Los porcentajes de personas mujeres participantes equivalen a un 73% versus una población del género masculino equivalente a 27%. Concluyendo, que sobre esta premisa no se ha podido recolectar información meritoria, pues al no ser significativa la investigadora no puede afirmar o negar que este fenómeno de relación entre la variable género y ansiedad y perfeccionismo suceda, se recomienda aplicar el estudio en una muestra equitativa.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones existentes de la investigación se encuentra que los datos no son sensibles a una generalización ya sea en la carrera de psicología de la USFQ, otras facultades u otras universidades. Al tomar esto en cuenta, no se puede afirmar o negar que en una población mayor o de una carrera distinta suceda un fenómeno parecido o igual al encontrado en este estudio. Lo mencionado sugiere que los resultados obtenidos son aplicables única y exclusivamente a alumnos de primeros y últimos años de psicología clínica de la USFQ.

Dentro de la metodología se menciona que los resultados están ligados a la sinceridad del participante. Pues a pesar, de haber medido cuantitativamente las distintas variables, se utilizó formularios estandarizados de auto-reporte con contenido cualitativo, lo que crea un espacio abierto en el que el participante puede o no haber reportado la realidad de acuerdo a su situación. Esto posiciona a la investigación en un área sensible en la que los resultados pueden o no ser exactos, sin embargo, para ello se utilizó una muestra relativamente grande y se tomaron todas las medidas de bioética mencionadas en parámetros anteriores.

Se cree que en el campo de las herramientas utilizadas el uso del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) puede haber creado un sesgo al medir ansiedad en los participantes. Esto ha limitado al estudio de una medición caracterológica más precisa de ansiedad que permita una comparación con los rasgos perfeccionistas. A pesar de no ser ansiedad caracterológica el propósito de esta tesis, la investigadora considera que fue una limitante la herramienta utilizada por medir ansiedad diagnóstica específica en lugar de una más sensible a una ansiedad más usual. En este punto observamos que al no haber

utilizado una prueba que mida ansiedad caracteriológica se disminuye la posibilidad que los estudiantes reporten niveles ansiosos comparables con el perfeccionismo, puesto que, si se hubiera utilizado una herramienta cuantitativa de rasgos caracteriológicos puede ser que los niveles de ansiedad se marcaran como mayores, pues es más probable encontrar ansiedad situacional y caracteriológica que ansiedad patológica que es lo que el BAI está midiendo.

Al tomar las pruebas en primeros y últimos años se ratifica que no es un estudio que pueda generalizar las condiciones ansiosas y perfeccionistas en toda la facultad de psicología. Así también, el número de participantes de acuerdo al género no ha sido comparable existiendo una población femenina de 76% y una población masculina de 27%. Los valores y descripciones anteriores nos dicen que la falta de homogeneidad de la muestra termina siendo una limitación del estudio al momento de encontrar significancia sobre la hipótesis 1 y 3, que describen correlación entre ansiedad y perfeccionismo y ansiedad de acuerdo al género.

Recomendaciones para futuros estudios

Se recomienda para estudios posteriores tener en cuenta varios aspectos en cuanto a la variable género. Se propone que intentar realizar las pruebas en una muestra más homogénea podría arrojar distintos resultados al comparar ansiedad y perfeccionismo en hombres y mujeres. De tal forma, que exista un promedio similar y las muestras sean comparables y por ende sus resultados alcancen significancia estadística.

Uno de los factores a tomar en cuenta son las pruebas administradas. Se recomienda que se utilice algún otro inventario de elección para medir rasgos de ansiedad, preferentemente, uno que mida ansiedad caracteriológica. Como se ha mencionado éste

podría haber sido uno de los factores limitantes dentro del estudio, por lo que, no se pudo evidenciar una correlación entre las variables estudiadas. Sin embargo, sería interesante poder comparar en futuros estudios la misma correlación de perfeccionismo utilizando la Escala Multidimensional de Frost (1990) y cualquier escala de ansiedad caracteriológica y observar si existe diferencia significativa en comparación con el BAI y así definir si el uso de este fue limitante en este estudio.

Otro punto interesante, sería el análisis estadístico de las subescalas del Multidimensional de Frost (1990), principalmente, las relacionadas con Orden, Preocupación por los Errores, Exigencias Personales y Dudas sobre acciones, por haber encontrado en la literatura que está muy relacionado con Trastornos Obsesivos Compulsivos y Ansiedad Generalizada. Por lo que, la investigadora de esta tesis recomienda para proyectos futuros hacer una comparación tomando en cuenta sólo las ponderaciones de las subescalas mencionadas y observar si existe una correlación relevante y significativa. Adicionalmente, se crea una nueva correlación, puesto que, las subescalas relacionadas con estilo parental también nos podrían arrojar una posible correlación entre ansiedad y perfeccionismo tomando en cuenta el estilo parental, para lo que la sumatoria de las subescalas relacionadas con ello nos podrían ayudar sustancialmente al obtener esta información.

Finalmente, se sugiere que una ampliación del número de sujetos puede generar información relevante en estos dos temas. Se puede extender la investigación hacia toda la carrera de psicología, lo cual generaría una homogeneidad en cuanto a la variable sexo y proporcionaría información más extendida sobre lo que sucede en toda la facultad, pudiendo generalizar resultados hacia toda esta área. También sería interesante una generalización hacia toda la Universidad San Francisco de Quito, siendo esta una

investigación nutrida en datos epidemiológicos sobre los estudiantes y su estado psicológico (en las variables estudiadas), lo cual pondría al estudio dentro de una macro escala por lo que sería comparable con estudios de la misma categoría ya realizados en otros países y así observar si efectivamente se comprueba la teoría.

Resumen general

La idea para la investigación se ha generado de un interés en el tema de la ansiedad durante el curso de la carrera de la investigadora. La variable con la que se ha buscado correlación llamó la atención de una revisión bibliográfica, por no ser una correlación común con la ansiedad. Adicionalmente, existe un gusto y una motivación personal fuerte en los dos temas revisados

El estudio buscó encontrar una correlación positiva entre ansiedad y perfeccionismo en un grupo de estudiantes de Psicología Clínica de los Primeros y Últimos años. La investigación es de carácter cuantitativo, para ello, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck y La Escala Multidimensional de Frost. Ambas pruebas cuentan con propiedades psicométricas adecuadas y su contenido es relevante con lo que se buscó medir en el estudio.

Para la recolección de datos se ha escogido una muestra aleatoria de 100 personas. Todas debieron cumplir con dos únicos criterios de inclusión; el ser estudiante registrado de psicología y el estar cursando los primeros o últimos niveles de la carrera, la muestra se dividió en un número de 50 participantes, para cada nivel estudiado. Es prescindible mencionar que se cumplió con los requisitos propuestos por el Comité de Bioética de la

Universidad San Francisco de Quito y no se procedió a la ejecución del estudio sin su autorización.

Una vez recolectada la información, los datos fueron digitalizados y los formularios guardados en un lugar seguro cumpliendo con los requisitos del comité. Los análisis estadísticos se propusieron de acuerdo con las necesidades de los objetivos de la investigación. Siendo así que, se ha realizado un análisis Correlacional de Pearson para la hipótesis principal, un MANOVA para la segunda hipótesis y finalmente una T-test para las últimas dos propuestas.

Los resultados arrojan una negación de la hipótesis principal con significancia estadística valiosa, lo que nos dice que en la Universidad San Francisco de Quito en una población de estudiantes de Psicología Clínica de primeros y últimos niveles no existe fenómeno correlacional entre Rasgos Perfeccionistas y Niveles de Ansiedad. Por otra parte, se señala que los años escolares no son un factor relacional con ansiedad pero sí con perfeccionismo en la muestra experimental usada. Adicionalmente, se observó que para el grupo utilizado no hay significancia para la relación de la variable género con ansiedad y perfeccionismo.

Las limitaciones propuestas describen que la falta de homogeneidad, así como el uso de un Inventario Diagnóstico pueden haber sesgado los resultados. Se recomienda para futuros estudios considerar las limitaciones propuestas, así como también, una ampliación a mayores escalas dentro de la carrera de psicología, por otra parte resolver las interrogantes que no han sido propósito de esta investigación pero pueden ser interesantes para futuras correlaciones.

REFERENCIAS

- Abali, O., Zülfişkar, O., Karakoç, S., Ayaydin, H., Kircelli, F., & Duman, M. (2014). An examination of the symptoms of anxiety and parental attitude in children with hemophilia. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 44(6), 1087-1090.
doi:10.3906/sag-1310-82
- Adan, R., & Kaye, W. (2011). *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders*. United States; Springer.
- Aiken, L. (2003). *Tests Psicológicos y Evaluación*. (11ma Ed). México: Pearson Educación.
- 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
- Antony, M., & Swinson, R. (2009). *When Perfect Isn't Good Enough: Strategies for Coping with Perfectionism*. (2da ed.) Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- 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) , pp. 23-38.
- BaşoL, G., & Zabun, E. (2014). The Predictors of Success in Turkish High School Placement Exams: Exam Prep Courses, Perfectionism, Parental Attitudes and Test Anxiety. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14(1), 78-87.
doi:10.12738/estp.2014.1.1980
- Bisquerra, R., Dorio, I., Gómez, J., La Torre, A., Martínez, F., Massot, I., Mateo, J., Sabariego, M., Sans, A., Torrado, M., & Vilá, R. (2009). *Metodología de la Investigación Educativa*. (2da ed) Madrid: La Muralla.

- Brainsky, S. (1997). *Psicoanálisis y Creatividad: Más allá del Instinto de la Muerte*. Colombia: Norma.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (2005). *Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective*. United States of America: Basic Books.
- Beck, S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, United States: The Guilford Press.
- Borja, T. (s.a). *Manual de Investigación del Comportamiento con Aplicaciones para el Programa Estadístico Minitab*.
- Callard, R. (2012). *Perfectionism and Gifted Children*. (2da ed.) United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Carrasco, A., Belloch, A., Perpilá, C. (2010). La evaluación del Perfeccionismo: Utilidad de la escala multidimensional de perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de la conducta* 2010, vol.36, N0 153, 49-65
- Cervera, G., Haro, G., & Martínez – Raga. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad: Paradigma de la Cormorbilidad Psiquiátrica*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Cheng, S., & Chong, G., (1999). Chinese Frost Multidimensional Perfectionism Scale: A validation and prediction of self-esteem.. *Journal Of Clinical Psychology*, 55(9), 1051-1061.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. United States: The Guilford Press. Pag 18.
- De-Quirós, B., Estupiñá, M., Labrador, F., Fernández, F., Gómez, I., Blanco, C., & Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. (Spanish). *Psicothema*, 24(3), 396-401

- Durand, M., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología: Un Enfoque Integral De La Psicología Anormal*. (4ta ed.) México: Cengage Learning Editores, S.A.
- Egan, S., & Hine, P. (2008). Cognitive Behavioural Treatment of Perfectionism: A Single Case Experimental Design Series. *Behaviour Change*, 25(4), 245-258.
doi:10.1375/bech.25.4.245
- Egan, S., Wade, T., Shafran, R. (2012). The Transdiagnostic Process Of Perfectionism. *Revista De Psicopatologia Y Psicologia Clinica*, 17(3), 279-294. Pag 283.
- Egan, S., Wade, T., Shafran, R., Antony, M. (2014). *Cognitive Behavioral Treatment of Perfectionism*. United States: Guilford Publications, Inc.
- Fernández, A. (2008). *Farmacología de la Conducta: De Los Psicofármacos a las terapias Psicológicas*. España: Universitat Auntonoma de Barcelona, Servei de Publicacions.
- Fernández, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona; Ariel S.A.
- Fischer, J., & Corcoran, K., (1994). *Measures For Clinical Practice: A SourceBook Volumen 2 Adults*. (2da ed.). United States of America: The Free Press.
- Freitas Ferrari, M. C., Busatto, G. F., McGuire, P. K., & Crippa, J. S. (2008). Structural magnetic resonance imaging in anxiety disorders: an update of research findings. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 30(3), 251-264.
- García-Campayo, J., Caballero, F., Perez, M., & López, V. (2012). Pain related factors in newly diagnosed Generalized Anxiety Disorder patients. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 40(4), 177-186.
- Gelabert, E., Garcia, L., Martín-Santos, L., Gutierrez, F., Torres, A., & Subira, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139.

- Gómez, C., Hernández, B., Rojas, U., SantaCruz, O., & Uribe, R. (2008). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos*. (3era ed.) Colombia: Ed. Médica Panamericana.
- González, M. (2006). *Manejo del Estrés*. España: INNOVA.
- Guárdia, J., Freixa, M., Però, M., & Turbany, J. (2008). *Análisis de Datos en Psicología*. (2da ed.). Madrid: Delta Publicaciones.
- 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), 427-436. doi:10.1002/j.1556-6676.2012.00054.x
- Gray, J. McNaughton, N. *The Neuropsychology of anxiety*. (2da ed.) United States: Oxford University Press.
- Hayano, F., Nakamura, M., Asami, T., Uehara, K., Yoshida, T., Roppongi, T., & Hirayasu, Y. (2009). Smaller amygdala is associated with anxiety in patients with panic disorder. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 63(3), 266-276. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01960.
- Hawkins, C., Watt, H., & Sinclair, K. (2006). Psychometric Properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale with Australian Adolescent Girls: Clarification of Multidimensionality and Perfectionist Typology. *Psychological Measurement*. Volume 66 Number 6 December 2006 1001-102
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill.
- Hernández, N. Sánchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual Para Trastornos de la Salud*. Libros en Red.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC
- Jarne, A., & Talarn, A. (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. España: Paidós Ibérica, S.A.

- Lange, M. (2007). *Leading- Edge Psychological Tests and testing Research*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Lawrence, T. (2010). *Psychological and Health- Related Assessment Tools Developed in China*. Australia: Bhentam Science Publishers.
- López, T., Barrera, M., Cortés, M., Guines, F., & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34(2), 111-120
- Machado-de-Sousa, J. P., Osório, F. L., Jackowski, A. P., Bressan, R. A., Chagas, M. N., Torro-Alves, N., & Hallak, J. C. (2014). Increased Amygdalar and Hippocampal Volumes in Young Adults with Social Anxiety. *Plos ONE*, 9(2), 1-5. doi:10.1371/journal.pone.0088523
- Malpesa, C., Martín-Vivar., Chinclana, C. (2013). Perfeccionismo y Estilos de Apego Relacionados. 14º Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Interpsiquis 2013.
- Maloney, G. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). An Etiological Model of Perfectionism. *Plos ONE*, 9(5), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0094757
- Martin, D. (2008). *Psicología Experimental: Cómo Hacer Experimentos en Psicología*. (7ma ed.) México: Cengage Learning.
- Maruish, M. (2004). *The Use Of Psychological Testing For Treatment Planning And Outcomes Assessment: Instruments For Adults*. (3era ed.) Estados Unidos: Lawrence Earbaum Associates, Inc, Publishers
- Matta, C. (2012). *The Stress Response: How Dialectical behavior Therapy Can Free You From Needless anxiety, worry, anger & other symptoms of stress*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. (3era ed.) New York: Oxford University Press, Inc.
- Monteiro, A. Joao, M., Telma, A., Carvalho, S., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M., & Macedo, A. (2013). Frost Multidimensional Perfectionism Scale: The Portuguese Version. *Rev Psiq Clín*.2013;40(4):144-9
- Moser, J., Slane, J., Burt, A., & Klump, K. (2012). Etiologic relationships between anxiety and dimensions of maladaptive perfectionism in young adult female twins. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 29(1), 47-53. doi:10.1002/da.20890
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana

- Patterson, J., Albalá, A., McCahill, M., & Edwards, T. (2006). *The Therapist's Guide to Psychopharmacology: Working with Patients, Families and Physicians to Optimize Care*. New York: The Guilford Press.
- Purdon, C., & Anthony, M. S. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety.. *Journal Of Clinical Psychology, 55*(10), 1271-1286
- Ramírez, M. (1999). *Never Good Enough: How to Use Perfectionism to Your Advantage Without Letting It Ruin Your Life*. United States: Touchstone
- Rodríguez, A., Rojo, E., Ortega, E., & Sepúlveda, A. (2009). Adaptación de la escala multidimensional de perfeccionismo a estudiantes universitarios españoles. (Spanish). *Ansiedad Y Estrés, 15*(1), 13-27.
- Ruíz, C. (2000). *Atrévase a no ser perfecto: Cuando el perfeccionismo es un problema*. Estados Unidos: Mondadori.
- Sacks, M. (2007). bi-logic as a bridge between psychoanalysis and cbt and as a theoretical rationale for beck's cognitive distortions. *British Journal Of Psychotherapy, 23*(3), 383-394. doi:10.1111/j.1752-0118.2007.00034.x
- Salkind, N. (1999). *Métodos de Investigación*. (3era ed.) México. Prentice Hall Inc.
- Samuels, J., Yin Yao, S., Grados, M. A., Willour, V. L., Bienvenu, O. J., Greenberg, B. D., & Kung-Yee, L. (2007). Ligamiento significativo al acaparamiento compulsivo en el cromosoma 14 en familias con trastorno obsesivo-compulsivo: resultados del OCD Collaborative Genetics Study. (Spanish). *American Journal Of Psychiatry - Edición Española, 10*(6), 370-376
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 9*(1), 59-84.
- Saranson, I., & Saranson, B. (2006). *Psicopatología: Psicopatología Anormal, el problema de la conducta inadaptable*. (11ma.ed.) México: Pearson Educación.
- Serrano, A., & Birkbeck, C. *La generalidad de la teoría del autocontrol*. Madrid: Dykinson.
- Stallman, H., & Hurst, C. (2011). The Factor Structure of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in University Students. *Australian Psychologist, 46*(4), 229-236. doi:10.1111/j.1742-9544.2010.00010.x

Steer, R., Clark, D., Kumar, G., & Beck, A. (2008). Common and Specific Dimensions of Self-Reported Anxiety and Depression in Adolescent Outpatients. *Journal Of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 30(3), 163-170.

doi:10.1007/s10862-007-9060

Stein, D & Hollander, E. (2004). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Estados Unidos: Lexus

ANEXO A: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Test - Inventario de Ansiedad de Beck

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem):

- 0.** En absoluto
- 1.** Levemente, no me molestó mucho
- 2.** Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3.** Severamente, casi no podía soportarlo

		0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapacidad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Temblor de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Temblores generalizados o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Miedo a morirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18	Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

hago					
19. Tengo metas extremadamente altas					
20. Mis padres esperaban de mí la excelencia, lo mejor					
21. Seguramente la gente me apreciará menos si cometo un error					
22. Nunca me he sentido capaz de lograr lo que mis padres esperaban de mí					
23. Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior					
24. Los demás parecen conformarse con metas más bajas que las mías					
25. Si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará					
26. Mis padres siempre han tenido expectativas más altas sobre mi futuro que yo mismo					
27. Intento ser una persona cuidadosa					
28. Normalmente tengo dudas sobre las pequeñas cosas que hago cada día					
29. La pulcritud es muy importante para mí					
30. Espero rendir mejor en mis tareas diarias que la mayoría de la gente					
31. Soy una persona organizada					
32. Tiendo a retrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez					
33. Me cuesta mucho tiempo hacer algo "bien"					
34. Cuanto menos errores cometa, más gustaré a los demás					
35. Nunca me he sentido capaz de llegar a alcanzar el nivel de mis padres					