



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**DIFERENCIACIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD Y
COMPETENCIA FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNO
DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO**

Trabajo de Investigación presentado por:

Genesis GOMES HENRIQUES

Y

Anny MORENO VIRLA

Profesor Guía:

María Alejandra BARRETO

Caracas, Julio 2011



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**DIFERENCIACIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD Y
COMPETENCIA FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNO
DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO**

Trabajo de Investigación presentado por:

Genesis GOMES HENRIQUES

Y

Anny MORENO VIRLA

A la Escuela de Psicología

Como requisito parcial para obtener el título de Licenciadas en Psicología

Profesor Guía:

María Alejandra BARRETO

Caracas, Julio 2011

*“A mis padres, por siempre estar allí
y acompañarme en el logro de
cada una de mis metas;
a Lili por recordarme siempre a
donde quiero ir y a todos aquellos
que me dieron ánimos y fuerzas para superar
cada uno de los obstáculos y alcanzar la meta”.*

Genesis Gomes

*“A Génesis, mi amiga y compañera de tesis,
Por tantos años de amistad,
Por apoyarme en los momentos más difíciles,
Y también en los más felices;
Por escucharme y comprenderme; y
Permitirme el alcance de este logro;
A través de su fortaleza, dedicación, disciplina, constancia, paciencia y cariño.
¡Te quiero mucho!*

*A Ricardo, mi novio, mi compañero de vida,
Mi salvador y protector,
Por el amor incondicional que me ofrece segundo a segundo,
Por estar allí siempre,
Y juntos hacer de la vida un paraíso, una experiencia sublime
¡Gracias, Te amo!”.*

Anny Moreno

AGRADECIMIENTOS

A Dios en primer lugar, por brindar luz en el largo camino para lograr la meta deseada, y acompañarnos dándonos salud y sabiduría para enfrentarnos a todos los obstáculos encontrados en el camino.

A la Universidad Católica Andrés Bello y a la Escuela de Psicología, por proveernos un espacio, los conocimientos, estrategias y apoyos necesarios para poder graduarnos de licenciadas en Psicología.

A nuestra tutora María Alejandra Barreto, por aportar en cada palabra alguna comprensión clínica que resultaba interesante y nos recordaba siempre el motivo por el cual iniciamos esta investigación, apoyándonos en la difícil obtención de la muestra y ayudándonos a defender y valorar nuestros hallazgos por encima de todo.

A nuestros profesores Luisa Angelucci, María Alejandra Corredor, Susana Medina, Ligia Guglietta y Pedro Rodríguez por apoyarnos en la elaboración del proyecto y la recolección de los sujetos.

A Ricardo (cielito) y Alejandro (BB), por acompañarnos en los momentos de frustración pero también de satisfacción por haber logrado y alcanzados los resultados deseados, agradeciéndoles el apoyo emocional y tecnológico que nos brindaron.

A nuestros padres y familiares, por acompañarnos y estar pendientes de cada detalle y avance de la tesis. Brindarnos el espacio adecuado y cubriendo las necesidades más básicas (comida), para que pudiéramos dedicar la energía al máximo en la realización del proyecto.

A nuestros amigos (Mary, Lu, Neide, La China, Sonia, David, Arturo Jess y Lili) por darnos ánimos constantemente y acompañarnos no solo en la realización de la tesis sino en los cinco años de carrera, y en diferentes experiencias que nos han enriquecido como personas.

Al Doctor Córdova por su indudable implicación y disposición a ayudarnos siempre. A la Dra. Elena Buccheri por brindarnos una mano de ayuda para la obtención de los sujetos. A la Dra. Roxana Socorro, por su amabilidad y constancia en la fase de recolección de muestra, y a todo el personal médico, los pacientes y las personas implicadas en la elaboración de nuestro trabajo de grado.

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	13
III. MÉTODO	63
Problema	63
Hipótesis general	63
Hipótesis específicas	63
Definición de las variables	64
Variable independiente:	64
Variables dependientes:	65
Competencia familiar:	68
Variables a controlar	68
Tipo y diseño de investigación	69
Población y muestra	70
Instrumentos	71
Cuestionario de los 16 Factores de la Personalidad de Cattell:.....	71
Listas de chequeo de los trastornos de ansiedad.....	75
Escala de Autoreporte Familiar de Beavers (SFI):.....	76
Procedimiento	79
Análisis de datos.....	81
Consideraciones éticas.....	82
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	84

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	110
VI. CONCLUSIONES.....	139
VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	142
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXO A.....	155
ANEXO B.....	159
ANEXO C.....	163
ANEXO D.....	176
ANEXO E.....	181
ANEXO F	185
ANEXO G	188
ANEXO H.....	191
ANEXO I	196
ANEXO J	199
ANEXO K.....	208
ANEXO L	215

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV [F41.1 - 300.02]</i>	17
Tabla 2. <i>Criterios Diagnósticos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según el DSM-IV [F42.8 - 300.3]</i>	21
Tabla 3. <i>Frecuencias de trastorno por sexo</i>	108
Tabla 4. <i>Valor de X²</i>	108

ÍNDICE DE FIGURAS/GRÁFICOS

<i>Figura 1.</i> Perfil de personalidad según el Inventario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell para pacientes neuróticos (tomada de Cattell, 1972).	40
<i>Figura 2.</i> Fórmula para el cálculo de la dimensión de estilo familiar (Beavers y Hampson, 1995).	59
<i>Figura 3.</i> Modelo de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson (1995).	59
<i>Figura 4.</i> Perfil de personalidad para los pacientes obsesivos compulsivos y con trastorno de ansiedad generalizada.	89
<i>Figura 5.</i> Perfil de pacientes obsesivos compulsivos y ansiosos generalizados en las dimensiones del modelo familiar de Beavers y Hampson.	92
<i>Figura 6.</i> Gráfico de caja y bigote para comparar a los pacientes obsesivos compulsivos y los pacientes con ansiedad generalizada en el factor inteligencia. ..	94
<i>Figura 7.</i> Gráfico de caja y bigote para comparar a los pacientes obsesivos compulsivos y los pacientes con ansiedad generalizada en el factor dominancia. ...	95
<i>Figura 8.</i> Perfiles de personalidad para pacientes con trastorno ansioso obsesivo-compulsivo y pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.	96
<i>Figura 9.</i> Perfiles de funcionamiento familiar para pacientes con trastorno ansioso obsesivo-compulsivo y pacientes con ansiedad generalizada.	98
<i>Figura 10.</i> Perfiles de personalidad según el sexo.	109

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es evaluar si hay diferencias en los rasgos de personalidad y la competencia familiar entre grupos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes obsesivos-compulsivos. Se utilizó una muestra de 44 sujetos, de los cuales 21 tenían un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y 23 un diagnóstico de ansiedad generalizada; la edad media fue de 39,41 años y el sexo se distribuyó en un porcentaje de 64,7% para el sexo femenino (30 sujetos) y de 35,3% para el sexo masculino (14 sujetos). El diagnóstico fue corroborado con una lista de chequeo elaborada a partir de los criterios en común del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4^{ta} edición (DSM-IV) y del Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 10^{ma} edición (CIE-10). Se midieron los rasgos de personalidad con el Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell (adaptación española), y la competencia familiar con el Inventario de Autoreporte Familiar de Beavers y Hampson. Se realizó una análisis de comparación de medias por t de Student para muestras independientes, y se obtuvo que los grupos (ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivo) se diferencian de forma significativa en el factor B (Inteligencia) ($t=-3,27$; $\alpha=0,02$) y en el factor E (Dominancia) ($t=-2,71$; $\alpha=0,01$); y no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la competencia familiar. Se incluyó la variable sexo, y las mujeres resultaron significativamente más sociables ($t=-2,348$; $\alpha=0,024$) y sensibles ($t=-3,014$; $\alpha=0,004$) que los hombres, y los hombres más rebeldes que las mujeres ($t=2,09$; $\alpha=0,043$); adicionalmente, los hombres tienden a presentar un trastorno obsesivo-compulsivo y las mujeres un trastorno de ansiedad generalizada ($C=0,308$ $X^2=4,62$ y $\alpha=0,033$). La relevancia de la investigación radica en su valor heurístico, y en lograr un mayor conocimiento y comprensión de los trastornos de ansiedad; que contribuya a la prevención de dichos trastornos, y al mejoramiento del diagnóstico y tratamiento de los pacientes, según perfiles específicos de personalidad y/o competencias familiares particulares.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, personalidad y competencia familiar.

I. INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente investigación es evaluar si hay diferencias en los rasgos de personalidad (sociabilidad, dominancia, responsabilidad, imaginación, rebeldía, individualismo y cumplimiento) y la competencia familiar entre grupos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes obsesivos-compulsivos.

El área de la psicología donde se enmarca el objetivo de la presente investigación es el campo de la Psicología Clínica, definida como la aplicación de los principios de la psicología a la situación del individuo, para ofrecerle una mejor adaptación a la realidad (Rotter, 1971; cp. Montoya, 2003). En este mismo sentido, Watson (1951), expone que la Psicología Clínica es una doctrina proveniente de la psicología, la teoría de la personalidad, la psiquiatría, el psicoanálisis y la antropología (cp. Montoya, 2003), es decir, integra diferentes influencias y perspectivas para describir, explicar y predecir los fenómenos psicológicos. Específicamente, la Psicología Clínica como marco de la presente investigación responde al estudio de los trastornos de ansiedad, alteración de la salud mental del individuo, y su relación con características de personalidad y la competencia familiar, variables estudiadas por dicho ámbito.

Desde una comprensión adaptativa, la ansiedad es una sensación normal que experimentan todos los individuos ante momentos de tensión donde los recursos del sujeto se ven limitados y la situación lo desborda. La ansiedad funciona como un mecanismo que ayuda a anticipar y por ende, a reaccionar mejor ante las situaciones. Sin embargo, cuando una persona se encuentra ansiosa con alta frecuencia o intensidad, dicha ansiedad se convierte en un problema para el sujeto generándole gran malestar (Báez, 2002).

Una vez que los episodios de ansiedad se hacen muy frecuentes en la vida diaria de la persona o la intensidad es desbordante, se habla de

trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en la actualidad uno de los problemas mentales más frecuentes en la población (Virues, 2005). Los trastornos de ansiedad pueden clasificarse según el estímulo que la desencadena, el nivel de intensidad o por los síntomas que lo acompañan; para la presente investigación se tomarán en cuenta el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo.

La relevancia de la presente investigación radica en lograr un mayor conocimiento y comprensión de los trastornos de ansiedad, que contribuya a la prevención de dichos trastornos, así como a promover el mejoramiento del diagnóstico y tratamiento de los pacientes según perfiles específicos de personalidad y/o competencias familiares particulares. Dicho objetivo se alinea con el de la Psicología Clínica, pues proveerá información orientada a promover la adaptación humana, ajuste y desarrollo personal. Así mismo, se pretende aportar conocimientos en el área debido a la detección de una falta importante de contribuciones empíricas sobre el tema, específicamente estudios donde se relacionan las variables, competencia familiar y características de personalidad con trastornos específicos de ansiedad. Otro aspecto de importancia de la presente investigación es aplicar los conocimientos que puedan derivarse en adultos debido a que en la mayoría de las investigaciones en trastornos de ansiedad han sido realizadas con muestras de niños y adolescentes (Smoller et al., 2008; Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; Taboada, Ezpeleta y De La Osa, 1998; Clark, Rodgers, Caldwell, Stansfeld y Powers, 2007; entre otros).

Dentro de las posibles dificultades se encuentra la accesibilidad a la muestra debido a la baja proporción de pacientes que asisten a centros de salud mental con trastornos de ansiedad (Rodríguez, P., comunicación personal, enero, 2010). La dificultad se resolvió contactando con distintas instituciones de salud mental a través de los expertos en Psicología Clínica que trabajan para la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello y otros contactos relacionados, con el fin de obtener la mayor proporción de sujetos posibles con los diagnósticos ya especificados. Así

mismo, por ser una muestra de pacientes, existen implicaciones éticas sobre la confidencialidad y resguardo de los datos de los sujetos; condición que se mantendrá asegurando cada una de las historias clínicas y manteniendo los datos de manera confidencial, garantizando a las instituciones y a los pacientes el uso adecuado de los datos para fines de la investigación sin que ello implique un daño a la integridad de los sujetos ni a la institución que los proporciona.

Además, existe el riesgo de incluir en la muestra sujetos que no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad; es decir, que han sido mal diagnosticados, lo cual afectaría la validez de los resultados de la investigación. Para ello, se garantizará la unificación de los criterios diagnósticos a partir de la selección de pacientes clasificados bajo los criterios comunes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su IV versión y los criterios del Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), corroborando dicho diagnóstico con la aplicación de una lista de chequeo a cada uno de los sujetos con el fin de verificar la presencia de los síntomas para cada uno de los trastornos. Así mismo, puede ocurrir que un mismo paciente presente dos o más trastornos de ansiedad de forma conjunta, por lo que el diseño se vería afectado de forma negativa al momento de realizar el análisis de diferencia de medias; por ello, se excluirán de la muestra aquellos pacientes que presenten como diagnóstico los dos trastornos de ansiedad mencionados (obsesivo-compulsivo y ansiedad generalizada). Con ello se espera que la validez de la investigación no se vea afectada por la heterogeneidad del proceso de clasificación de cada uno de los sujetos o un diagnóstico errado del trastorno que presentan.

II. MARCO TEÓRICO

La tensión está presente en cada etapa del desarrollo humano y en numerosas actividades de la vida diaria como son ir por primera vez a la escuela, separarse de los seres queridos, las presiones del trabajo o el hablar en público (Spielberger, 1979). La tensión es un proceso que engloba tres componentes: un estímulo potencialmente nocivo, la percepción subjetiva que se tiene de dicho estímulo y el estado de ansiedad. Al apreciar el estímulo físico o psicológico potencialmente nocivo como algo peligroso o amenazador, se genera la reacción de ansiedad, la cual es definida como “una reacción emocional que consiste en las sensaciones subjetivas de la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación, así como una elevada actividad del sistema nervioso autónomo” (Spielberger, 1979, p.16).

La ansiedad según Wisk e Israel (1997) es definida como un “complejo patrón de tres tipos de reacciones ante la percepción de una amenaza: respuestas motoras, respuestas fisiológicas y respuestas subjetivas” (p. 113). Sullivan (1956) define a la ansiedad como una respuesta condicionada de miedo que aparece en las situaciones nuevas; y Freud, (s.f.) definió a la ansiedad como la expectativa de un trauma (cp. Palmero, Fernández, Martínez y Chóliz, 2002).

Freud (cp. Spielberger, 1979) distingue entre la ansiedad objetiva y la ansiedad neurótica; siendo la primera resultante de la percepción de amenaza ante la presencia de un peligro real en el exterior; mientras que en la ansiedad neurótica, el agente del peligro no es externo sino interno, que ha sido evocado por la presencia de situaciones traumáticas previas para el sujeto. En la ansiedad objetiva la intensidad de la reacción de ansiedad es proporcional a la magnitud del peligro que la genera, mientras que en la ansiedad neurótica la intensidad de la ansiedad es mucho mayor que la magnitud del peligro real u objetivo que produce la reacción. Las fobias serían un ejemplo de ansiedad neurótica.

Spielberger (1979) realiza una distinción entre estado de ansiedad y ansiedad peculiar, siendo la primera definida como “una reacción desagradable frente a una tensión específica” (p.60), y la segunda como “las diferencias individuales en la propensión a la ansiedad; es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y la frecuencia con la que se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo” (p.60).

La ansiedad puede ser explicada desde múltiples perspectivas; entre ellas, la perspectiva conductual donde el principal aporte a la explicación de la ansiedad la hace Mowrer (1960) con su teoría bifactorial o teoría de los dos procesos (cp. Domjan, 1998). En ella se propone el funcionamiento conjunto del condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento instrumental. Durante el curso del condicionamiento instrumental, los estímulos logran asociarse con las consecuencias de la respuesta a través del condicionamiento clásico. Dicha asociación entre el estímulo y la consecuencia, logra motivar la conducta instrumental mediante la activación de un estado emocional central, que depende de la naturaleza del reforzador.

El fundamento básico de la teoría bifactorial radica en que la tasa de respuesta instrumental va a depender del estímulo que fue condicionado de forma previa a través de condicionamiento clásico. Al trasladar esto a la explicación de la ansiedad, se encuentra que hay un estímulo aversivo que se asocia por condicionamiento clásico a la respuesta de miedo y/o angustia por lo que el sujeto tiende a evitar la situación; es decir, su tasa de respuesta ante el estímulo disminuye, fenómeno que se refuerza debido a que al evitar la situación, la ansiedad disminuye (reforzamiento negativo), y la ansiedad persiste debido a que nunca se enfrenta la situación que permita la aparición de la habituación a la ansiedad (Mower, 1960; cp. Domjan, 1998).

Otra explicación de corte conductual es la desarrollada por Eysenck (1985; cp. Chorot, 1991) llamada teoría de la incubación o resistencia a la extinción de la ansiedad. En esta teoría se hace una reformulación del condicionamiento clásico ya que se afirma que la extinción no es un fenómeno universal que se da ante estímulos no reforzados. De acuerdo con este modelo, la presencia de estímulos condicionados no reforzados no siempre produce la extinción sino que también pueden darse fortalecimiento o mantenimiento de las respuestas condicionadas. La incubación se produce ante un condicionamiento clásico tipo b, donde hay una presentación previa del estímulo condicionado y estímulos elicitanes o incondicionados elevados, actuando la fuerza y la duración de forma conjunta. Eysenck considera que específicamente la neurosis como tipo de personalidad y el nivel de emocionalidad del sujeto pueden intervenir en la incubación de la ansiedad.

Según Seligman, desde una perspectiva biologicista o Darwiniana (1971, cp. Rodríguez, 1998) en su teoría de la preparación, hace referencia a que los seres humanos están predispuestos genéticamente y de forma innata a reaccionar de forma ansiosa y con temor ante ciertos estímulos del ambiente que han sido mantenidos y reforzados por la evolución y la supervivencia de la especie, aunque ya no tengan un valor adaptativo.

Según una postura cognitiva, las personas con alto nivel de ansiedad poseen en su memoria a largo plazo un esquema de peligro almacenado (Butler y Mathews, 1983-1987; cp. Rovella, 2008). Dichos esquemas influyen en la forma en la que las personas ansiosas perciben sus experiencias de la vida cotidiana (Kendall e Ingram, 1987; cp. Rovella, 2008). De acuerdo a la teoría de Bower (1981, cp. Rovella, 2008) sobre memoria y ánimo, la información que es almacenada en redes fijas es más accesible; por lo que los esquemas fijos de amenaza almacenados son fácilmente recuperados por los sujetos que presentan un mayor nivel de ansiedad.

La ansiedad puede tener efectos tanto negativos como positivos. Si bien “cierta cantidad de tensión y ansiedad resulta esencial (...) el ajuste y la adaptación a la tensión (...) trae consigo la vitalidad necesaria para vivir” (Spielberger, 1979, p.34); los efectos negativos de la ansiedad pueden generar afecciones tanto en la salud física como en el bienestar emocional.

De acuerdo a Spielberger (1989), el estado de ansiedad varía en el tiempo y fluctúa en intensidad. Cuando el nivel de la ansiedad peculiar es muy alto, persiste en el tiempo y la persona se siente incapacitada ante muchas situaciones, se hace referencia a la presencia de un trastorno de ansiedad. Existen distintos trastornos de ansiedad, entre los que destacan el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo.

La palabra trastorno hace referencia a:

“un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.” (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994, p.21).

A continuación, se desarrollan las definiciones, descripción de síntomas y posibles explicaciones teóricas para el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo.

El trastorno de ansiedad generalizada es definido por Baron (2002) como preocupaciones que se dan de forma excesiva a nivel general, todos

los días, por al menos 6 meses y que se relacionan con actividades específicas como el trabajo, la escuela, el hogar, etc.

En la ansiedad generalizada, las perturbaciones no se limitan a un estímulo específico ni se relacionan con eventos aversivos que han ocurrido de forma reciente. Dicha afección puede darse desde muy tempranas edades y persistir a lo largo de la vida adulta hasta la vejez (Wicks e Israel, 1997). Yonkers, Warshaw, Massion, y Keller (1996; cp. Wells, 1999) evaluaron 164 pacientes y encontraron que la edad de inicio varía entre 2 y 61 años con una media de 21 años, y la longitud media de enfermedad fue de 20 años. Así mismo, la ansiedad generalizada puede presentar algunos síntomas tales como irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga precoz, trastornos del sueño, temblores, sacudidas, inquietud motora, manos frías, sequedad en la boca, sudoración, dificultad para tragar, náuseas y diarrea. La prevalencia del trastorno es mayor en mujeres que en hombres en aproximadamente un 10%; a nivel general, el 5% de la población presenta un trastorno de ansiedad generalizada (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Algunos autores como Thobaben (2008), menciona algunos síntomas psicológicos de forma adicional a lo síntomas físicos mencionados anteriormente. Dichos síntomas son: disturbios en el sueño, hipervigilancia, dificultad para relajarse, frustración, impaciencia, dificultades para relacionarse y realizar las labores diarias.

En la Tabla 1, se muestran los criterios diagnósticos contemplados por el DSM-IV para el trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 1. *Criterios Diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV [F41.1 - 300.02]*

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

(1) inquietud o impaciencia

(2) fatigabilidad fácil

(3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

(4) irritabilidad

(5) tensión muscular

(6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), las personas que presentan un diagnóstico de ansiedad generalizada pueden presentar a su vez trastornos del estado de ánimo tales como depresión y distimia; así como también abusos de sustancias y somatizaciones.

Por lo general, los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada son sometidos a dietas que ayudan a la disminución de los síntomas. Uno de los puntos fundamentales de la dieta es la disminución del consumo de sustancias estimulantes como el café, té, chocolates y bebidas de cola. Así mismo, se les administra una medicación caracterizada por ansiolíticos; como las benzodiacepinas, que tienen un efecto tranquilizante con el fin de que los síntomas disminuyan. También, se minimizan tratamientos paralelos como el uso de sustancias naturales (ej. hierbas) que puedan interferir con el tratamiento prescrito (Thobaben, 2005).

Wells (1995; cp. Wells, 1999), desarrolló un modelo explicativo para el desarrollo y mantenimiento del estado ansioso aversivo en el trastorno de ansiedad generalizada. El modelo se basa principalmente en la perspectiva cognitiva y explica que existen dos tipos de estados ansiosos o de preocupaciones; el primero tiene que ver con preocupaciones o miedos a causa de factores externos y el segundo tiene que ver con la metacognición o con el propio pensamiento (Wells, 1995; cp. Wells 1999). Como resultado de la experiencia, los sujetos con un trastorno de ansiedad generalizada desarrollan una serie de creencias y supuestos acerca de la preocupación o de la rumiación como modos de pensar. Las creencias pueden ser positivas, donde la preocupación cumple una función de protección y afrontamiento; o negativas, donde la preocupación genera descontrol y excesiva reflexión sobre las consecuencias de su estado ansioso permanente (Wells, 1995; cp. Wells 1999).

El paciente con un trastorno de ansiedad generalizada, a partir de sus creencias activa el procesamiento positivo de la información del medio y asume la preocupación como un modo de afrontamiento; sin embargo, una vez que ocurre la preocupación o la ansiedad excesiva, se activa el procesamiento negativo y comienza la valoración negativa de su estado ansioso (Wells, 1995; cp. Wells 1999).

Se han encontrado diferentes hallazgos sobre los posibles factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aparición del trastorno de ansiedad generalizada. Baron (2002) reporta a la herencia como uno de los principales elementos influyentes para la aparición de la ansiedad generalizada.

Así como el trastorno de ansiedad generalizada, que es persistente en la vida del sujeto; el trastorno obsesivo-compulsivo es definido por Baron (2002) haciendo referencia a dos elementos principales: la obsesión, entendida como “un pensamiento, un impulso o una representación recurrente y persistente; es decir, que regresa regularmente y que genera ansiedad o una gran angustia” (p. 35); y las compulsiones, que hacen referencia a comportamientos repetitivos o actos mentales constantes que surgen como respuesta a una obsesión, bajo reglas previamente establecidas. Las compulsiones tienen como objetivo disminuir la angustia causada por dicha obsesión (Baron, 2002).

Las obsesiones más frecuentes son aquellas basadas en temas como la contaminación (contraer enfermedades, suciedad, etc.), dudas constantes (cierre de puertas y ventanas, compra de artículos, etc.), orden, impulsos agresivos (maltratos, obscenidades, etc.), y fantasías sexuales (imágenes pornográficas recurrentes); mientras que las compulsiones más frecuentes son lavarse las manos, rezar, repetir números o palabras mentalmente, comprobar de forma constante las acciones, ordenar repetitivamente objetos, entre otros. Adicionalmente, las compulsiones y obsesiones generan malestar significativo en la vida del sujeto, restándole tiempo de productividad en su rutina, entorpeciendo las relaciones interpersonales y el rendimiento óptimo laboral y familiar (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

En la Tabla 2, se presentan los Criterios para el diagnóstico del Trastorno Obsesivo Compulsivo según el DSM-IV.

Tabla 2. *Criterios Diagnósticos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según el DSM-IV [F42.8 - 300.3]*

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

(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 (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) 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 negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por

estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
--

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
--

<i>Especificar si:</i> Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.
--

Los síntomas pueden aparecer desde muy temprana edad (7 años) y mantenerse durante toda la vida del sujeto (Wicks e Israel, 1997). De hecho, se afirma, en cuanto a la edad de inicio, que los varones poseen una mayor prevalencia antes del inicio de la pubertad y las mujeres poseen una mayor prevalencia después de la pubertad (Kirkcaldy, Furnham y Siefen, 2010). La aparición del trastorno obsesivo-compulsivo suele ser gradual llegando a tener episodios de sintomatología crónica que después disminuyen y reaparecen con el tiempo. La prevalencia total del trastorno es del 2.5% de la población (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), expone que el trastorno obsesivo compulsivo puede aparecer de forma conjunta con preocupaciones hipocondríacas; abuso de sustancias como alcohol y drogas; conducta evitativa; algún otro trastorno de ansiedad como lo son las fobias específicas, las fobias sociales y trastornos de angustia; problemas alimenticios (anorexia o bulimia); y trastornos del estado de ánimo como la distimia o el trastorno depresivo mayor.

El trastorno obsesivo compulsivo puede diferenciarse de otros trastornos de ansiedad en los siguientes aspectos: la preocupación predominante en los otros trastornos de ansiedad es de tipo verbal, mientras que en el trastorno obsesivo compulsivo las obsesiones son predominantemente imaginativas. Adicionalmente, en comparación con las obsesiones, la preocupación de los otros trastornos de ansiedad es calificada como mucho más realista, más voluntaria, se asocia con una

mayor presión por actuar y dura mucho más tiempo que los pensamientos obsesivos o intrusivos (Walss, 1999).

El tratamiento que suele utilizarse para este tipo de trastornos son las intervenciones terapéuticas individuales o grupales. Principalmente, terapias de corte conductual utilizando la exposición con impedimento de la respuesta; es decir, se expone al sujeto al estímulo que le genera ansiedad y se ayuda a que resista la compulsión. Así mismo, suelen prescribirse fármacos antidepresivos y ansiolíticos.

La teoría psicoanalítica de Freud afirma que el comportamiento obsesivo está con frecuencia vinculado con un afán de venganza, de desafío y de rectitud. Los pensamientos obsesivos pueden ser percibidos como una defensa contra la hostilidad y los impulsos sexuales; como se evidencia por ejemplo en el temor obsesivo de hacerle daño a los demás (Kirkcaldy, Furnham y Siefen, 2010).

Existen explicaciones de orden biológico que dan cuenta de la aparición del trastorno obsesivo-compulsivo. Baxter (2002; cp. Kodysz, s.f.) reporta que en estudios de neuroimágenes cerebrales (PET) en pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo se encontró elevado el metabolismo de glucosa y aumento del flujo sanguíneo cerebral en la corteza orbitofrontal, la cabeza del caudado, el tálamo y la corteza cingular anterior. Así mismo, en tomografías axiales computarizadas se encontró hipertrofia ventricular y el núcleo caudado de menor tamaño en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, comparados con sujetos sanos. Así mismo, en estudios de resonancia magnética se encontraron anomalías en las regiones frontales y desbalances funcionales en el sistema córtico-límbico-basoganglionar-talámico (Kodysz, s.f.).

Arvea (2006) apoya la hipótesis biológica expuesta anteriormente y agrega que la causa del trastorno obsesivo compulsivo puede ser algún tipo de alteración en los neurotransmisores; específicamente en la serotonina, encargada de la sintetización del triptófano, de los ciclos del sueño, el

estado de ánimo, la agresión y la impulsividad; y se produce en las neuronas de los ganglios basales y en el lóbulo frontal del cerebro.

Dentro de los factores que intervienen en la aparición del trastorno obsesivo compulsivo, se encuentra el factor genético. Clifford, Murray, y Fulker (1984; cp. Baron, 2002) encontraron que el 44% de los rasgos obsesivos son heredados igual que el 47% de los síntomas de obsesividad.

De acuerdo a Arvea (2006), parece ocurrir una mutación en un gen que codifica el HSERT (transportador de serotonina) como hipótesis genética para la aparición del trastorno obsesivo compulsivo. Esta mutación consiste en una variación que substituye el aminoácido de Val425 por el de Ile425. Además encontraron una variación en dos alelos del polimorfismo 5-HTTLPR7. Sin embargo, aún es necesaria una mayor contribución empírica en esta área (Arvea, 2006).

Se han realizado numerosas investigaciones enfocadas en el estudio de los factores de riesgo para los trastornos de ansiedad; es decir, de aquellos factores que aumentan la probabilidad de aparición de un trastorno de ansiedad. Taboada, Ezpeleta y De la Osa (1998) sugieren que “el estudio de factores de riesgo debería realizarse desde una perspectiva evolutiva del individuo, y siempre en consideración del contexto personal, social y ambiental propio de cada uno” (p.13).

Sakin, Ercan, Irgil y Sigirli (2010), realizaron un estudio con estudiantes universitarios para evaluar los factores de riesgo y los niveles de la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Trabajaron con una muestra de 4850 estudiantes (2536 hombres y 2314 mujeres) estratificados en cuanto a la carrera de estudio dentro del campus académico. La edad promedio para los varones fue de 19,4 y el de las mujeres fue de 19,3. Los estudiantes completaron un inventario de ansiedad (Spielberg State-Trait Anxiety Inventory) que permite la diferenciación entre un estado ansioso más situacional y un rasgo ansioso más permanente y estable. El punto de corte para considerar la ansiedad como patológica fue de 45 puntos en adelante.

También completaron una lista de características demográficas y socioeconómicas: escuela a la que pertenecen, lugar de origen, ingreso familiar, años de educación, nivel educativo de los padres, número de familiares nucleares, relaciones familiares, tipo de crianza, problemas de relaciones, estrategias de solución de problemas, etc.

Tanto para la ansiedad rasgo como para el estado ansioso se obtuvieron medidas confiables (α de Crombach 0.92 y 0.85 respectivamente). Se realizó una regresión logística a partir de los datos recolectados, utilizando la variable ansiedad como dicotómica (sujetos con puntuación mayor a 45 y sujetos con puntuación menor a 45). Se obtuvo una media de 40,51 ($\pm$ 10,51) en ansiedad estado y de 43,37 para ansiedad rasgo ($\pm$ 8,32). Así, 1598 estudiantes obtuvieron más de 45 puntos en ansiedad estado y 1993 obtuvieron puntaje mayor a 45 puntos en ansiedad rasgo. Tanto para la ansiedad estado como para la ansiedad rasgo se obtuvo un modelo de regresión significativo ($X^2 = 596,24$, $P < 0,001$; y $X^2 = 752,69$, $P < 0,001$, respectivamente). Resultaron significativos como factores de riesgo para la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, las dificultades en las relaciones familiares, el género, el nivel socioeconómico, la independencia en la resolución de problemas, la experiencia de vida negativa, la satisfacción académica, la ansiedad por el futuro, la preparación para la vida laboral, la actitud de la familia frente a sus hijos, el tipo de carrera y las relaciones interpersonales (Sakin, Ercan, Irgil y Sigirli, 2010).

Los resultados muestran la multiplicidad de variables a tomar en cuenta como factores que predisponen a que se genere una ansiedad estado y una ansiedad rasgo. Es importante destacar de este artículo, para efectos de la presente investigación, la influencia de las dificultades en las relaciones familiares y la actitud de la familia frente a sus hijos.

Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) realizaron un estudio con el objeto de identificar los factores de riesgo relacionados con los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación. Los factores de riesgo

estudiados fueron 42 variables agrupadas en las siguientes categorías: características sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Esperaban encontrar que un nivel socioeconómico bajo, el convivir con un único padre, el fracaso escolar, la presencia de problemas emocionales en el padre y la madre; y los problemas físicos durante el embarazo, el parto y post-natales aumentarían el riesgo de presentar trastornos de ansiedad. A su vez, esperaban que los trastornos de ansiedad predominaran en las mujeres, durante la adolescencia y en familias restablecidas, caracterizadas por la presencia de un padrastro.

En este estudio participaron 362 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, provenientes de dos servicios ambulatorios de salud mental de la comunidad autónoma de Madrid. Se les realizaron dos entrevistas a los padres y dos entrevistas a los hijos por separado. Para el diagnóstico de los sujetos se utilizó la entrevista Diagnostic Interview for Children and Adolescents, a través de la cual también se obtuvo información sobre estresores psicosociales en el ámbito familiar, el embarazo, nacimiento, primera infancia e historia médica. La psicopatología general de ambos padres se midió a través del Inventario Breve de Síntomas y la inteligencia de los niños se midió utilizando el Test de Matrices Progresivas de Raven (Bragado, Bersabé y Carrasco; 1999).

El análisis de los datos se realizó en dos fases; primero se realizó un análisis univariado de regresión logística para cada uno de los factores de riesgo. Para los trastornos de ansiedad resultaron estadísticamente significativos los siguientes factores: ser hijo de padres de mayor edad, estar preocupado por la familia (informe padres), preocupación por muerte de un ser querido (informe padre e hijo), miedo a ser maltratado (informe padre e hijo), maltrato físico a un familiar (informe padre), el número de estresores (informe padre e hijo), la presencia de problemas durante el parto, presentar dificultades académicas, tener un menor nivel intelectual y tomar medicación a diario. Posteriormente, se realizó un análisis multivariado de regresión

logística, incluyendo las variables que resultaron significativas en el análisis anterior, excepto inteligencia; resultando como factores de riesgo estadísticamente significativos para los trastornos de ansiedad: la edad de la madre, miedo a ser maltratado (informe del niño), estar preocupado por la familia (informe paterno) y problemas en el parto. En efecto, el ambiente familiar resulta un elemento de gran relevancia y significancia para la aparición de los trastornos de ansiedad (Bragado, Bersabé y Carrasco; 1999).

De la investigación de Bragado, Bersabé y Carrasco (1999), es importante resaltar, para efectos de la presente investigación, cómo se relacionan ciertas características de la familia; como estar preocupado por la familia, miedo a ser maltratado, muerte de un ser querido y maltrato físico de un familiar, con la aparición de trastornos de ansiedad.

Taboada, Ezpeleta, y De la Osa (1998) realizaron una investigación con el objeto de estudiar la contribución de distintos factores de riesgo para la aparición de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Evaluaron la influencia de ciertos rasgos temperamentales, la presencia de psicopatología y prácticas educativas de los padres. A su vez, esperaban encontrar diferencias entre niños con ansiedad y niños sin patología en cuanto a la historia evolutiva y/o médica del niño, el nivel socioeconómico de la familia y la presencia de antecedentes familiares de psicopatología.

La muestra estuvo conformada por 197 de niños y adolescentes entre 6 y 17 años, acompañados por sus padres, que asistían al servicio de psiquiatría o pediatría de un hospital de la red pública, o a un centro de salud. A todos los padres y niños se les realizó la entrevista Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA-R), a través de la cual se realizó el diagnóstico de trastorno de ansiedad y se recogió información sobre la historia médica, embarazo, nacimiento e infancia. Posteriormente, padres y niños rellenaron los cuestionarios Revised Dimensions of Temperament Survey (DOTS-R) y el Egna Minnen av Barndoms Uppfostran

(EMBU) que miden los diferentes rasgos de temperamento y el estilo educativo de los padres, respectivamente. A su vez, los padres rellenaron el Symptom Checklist-90-R, que miden distintos patrones sintomáticos de la vida adulta; y un cuestionario sociodemográfico que da información sobre la presencia de antecedentes familiares, datos domiciliarios y el nivel de estudios y profesión de los padres (Taboada, Ezpeleta, y De la Osa; 1998).

Se estimaron tres modelos predictivos mediante un análisis de regresión logística para evaluar la contribución de cada uno de los factores de riesgo considerados. En el modelo que recoge al tipo de sintomatología psicológica presente en los padres y el estilo educativo de los mismos como variables predictivas, se encontró que la sintomatología depresiva en la madre y la ansiedad de tipo fóbico en el padre son factores de riesgo estadísticamente significativos para el desarrollo de trastornos de ansiedad en el niño y adolescente; al contrario de la dimensión de psicoticismo, la cual resultó ser un factor protector. En relación al estilo educativo, se encontró que a menor calor emocional de la madre, según la percepción de la madre y del niño, mayor riesgo de que el niño y adolescente padezca un trastorno de ansiedad; al contrario del bajo calor emocional del padre, el cual parece ser un factor protector (Taboada, Ezpeleta, y De la Osa; 1998).

En el modelo que recoge los rasgos temperamentales del niño como variable predictiva, se encontró que un temperamento que se mantiene estable, una tendencia al retraimiento e inhibición y baja ritmicidad en la comida, constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de trastornos de ansiedad en el niño y adolescentes. Por último, en el tercer modelo, donde las variables predictivas fueron la presencia de problemas de embarazo, problemas de parto, retrasos evolutivos, problemas conductuales tempranos, problemas médicos, antecedentes familiares de psicopatología y nivel socioeconómico; se encontró que la presencia de problemas conductuales tempranos, antecedentes familiares de psicopatología y un bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo estadísticamente

significativos para la aparición de trastornos de ansiedad en el niño y adolescente (Taboada, Ezpeleta, y De la Osa; 1998).

Como conclusión del estudio de Taboada, Ezpeleta, y De la Osa (1998), se pueden resaltar algunos factores relevantes que influyen en la aparición de trastornos de ansiedad; como son: la sintomatología de los padres (presencia de patología depresiva y ansiosa en los padres), los antecedentes familiares de psicopatología, el bajo calor emocional por parte de la madre y la tendencia al retraimiento e inhibición. De especial relevancia para el estudio, son los factores de riesgo relacionados con los rasgos de personalidad y las características de la familia; como es la tendencia al retraimiento e inhibición, y el bajo calor emocional por parte de la madre y la sintomatología de los padres, respectivamente.

Clark, Rodgers, Caldwell, Power y Stansfeld (2007) realizaron un estudio con el objeto de determinar si la salud psicológica en la niñez y en la adultez está asociada con los desórdenes afectivos y de ansiedad en la mediana edad y examinar diferencias de sexo entre estas asociaciones. Esperaban encontrar que la mala salud en la niñez y en la adultez estuviera asociada con los desórdenes en la mediana edad, y que existieran diferencias según el sexo. Realizaron un estudio longitudinal, de tipo observacional causal-comparativo; utilizando una muestra de 9377 nacimientos en Inglaterra, Escocia y Wales, a quienes se le midió la salud psicológica a las edades de 7,11,16,23,33,42 y 45 años a través de distintos instrumentos y tomando en cuenta distintas variables. A los 7, 11 y 16 años se midieron los problemas internalizadores y externalizadores utilizando el Bristol Social Adjustment Guides (7 y 11 años) y las escalas Rutter (16 años). A los 23,33 y 42 se midió el malestar psicológico a través del Malaise Inventory; y a la edad de 45 se midieron los desórdenes afectivos y de ansiedad a través del Revised Clinical Interview Schedule, realizándose diagnósticos a partir del International Statistical Classification of Diseases, 10th revisión. Se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión logística univariados y multivariados, encontrándose que los problemas

internalizadores y externalizadores a las edades de 7, 11 y 16 aumentan entre 1,5 a 2 veces el riesgo para la mala salud en la adultez, y que a su vez, esta última, comprendidas entre los 23 y los 42 años, está asociada con incrementos de 2 a 7 veces del riesgo de desórdenes afectivos y de ansiedad siendo más fuerte esta asociación para los hombres que para las mujeres.

En suma, el artículo de Clark, Rodgers, Caldwell, Power y Stansfeld (2007), se refiere a cómo la presencia de problemas internalizadores y externalizadores en la niñez aumentan el riesgo de desórdenes afectivos y de ansiedad en la adultez y la mediana edad.

Taboada, Ezpeleta y De la Osa (1998) sugieren que en el desarrollo de los trastornos de ansiedad intervienen multiplicidad de factores que interactúan entre sí; siendo de especial relevancia la mutua influencia entre el organismo y el ambiente. Por ejemplo, la presencia de antecedentes familiares de psicopatología, ansiedad y depresión en los padres y problemas evolutivos tempranos, podrían llevar al desarrollo de un temperamento caracterizado por alta actividad general, baja ritmicidad en las comidas e inhibición social. Esto último, a su vez, podría influir en el estilo educativo de los padres y en los patrones de interacción entre el niño y las personas que lo rodean; lo que a su vez podría favorecer al desarrollo de la ansiedad y contribuir a que se exacerben las conductas no deseables en el niño.

En un estudio realizado por Hettema, Neale, Myers, Prescott y Kendler (2005), el objetivo fue examinar en qué medida los factores genéticos y ambientales se relacionan con los trastornos de ansiedad. La muestra utilizada fue de 5000 sujetos gemelos (pares de mujer-mujer y hombre-hombre para controlar la variable sexo), y se tomó a partir de un estudio hecho con anterioridad donde los sujetos ya habían respondido de forma previa a un cuestionario y a cierto número de entrevistas. La edad media fue de 36,6 años con una desviación de 8,1. Los pacientes

seleccionados fueron diagnosticados a partir de una modificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición, utilizando sólo algunos de los criterios para fobia social, agorafobia, ansiedad generalizada, fobia específica y trastorno de pánico; reduciendo el criterio del tiempo, y observando principalmente el reconocimiento de lo irracional del trastorno y el impacto en la vida del sujeto.

Los datos se obtienen mediante un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal y un análisis genético multivariante que revisa el grado de verosimilitud entre los factores. Se realizaron análisis para el contenido genético en común, ambientes compartidos en común y un único ambiente en común para cada par de gemelos y las variables asociadas a cada trastorno. En cuanto a la comorbilidad fenotípica de los trastornos, bajo una significancia del 5%, la mayoría de las relaciones dieron significativas; siendo la asociación mayor entre agorafobia y fobia social (0,62), y la asociación no significativa entre fobia específica (animales) y trastorno de pánico (0,08). Esto lleva a los autores a plantearse la hipótesis de que puede existir un intermediario fenotípico común (rasgos de personalidad), que hagan que el sujeto sobrepase el umbral para el desarrollo de un trastorno de ansiedad.

En cuanto a la diferencia de sexo, se encuentra que tanto los factores de riesgo genéticos como ambientales no difieren significativamente para hombres y mujeres en cuanto a la aparición del trastorno. Se encontró un peso genético importante para la aparición del trastorno de agorafobia ($X^2=4,01$, $p = 0,04$), en menor medida para fobia social. Para las fobias específicas el componente genético parece funcionar de forma distinta a los demás trastornos. De este modo, se puede decir que tanto los factores genéticos como los factores ambientales influyen en la probabilidad de aparición del trastorno. Para algunos trastornos de ansiedad, los factores genéticos parecen tener mayor peso para la aparición del trastorno; mientras que para otros, los factores ambientales parecen tener una mayor influencia.

Baron (2002) reporta a la herencia como uno de los principales elementos influyentes, específicamente para los trastornos de pánico y ansiedad generalizada. Dicha heredabilidad se confirma en estudios de gemelos o con la presencia del mismo trastorno en algún familiar cercano como tío, abuelo o padres.

El estudio realizado por Smoller et al. (2008) muestra a la herencia, la función cerebral, el temperamento y la personalidad como factores de riesgo de los trastornos de ansiedad. Realizaron un estudio que se desarrolla sobre la base de la heredabilidad de los trastornos de ansiedad, resultante de una anomalía en el regulador proteínico G. El estudio tiene por objetivo analizar la influencia de RGS2 (gen regulador de la proteína G o guanosina relacionado con la ansiedad), el temperamento, la personalidad y la función cerebral en el trastorno de ansiedad.

Para el estudio se tomaron tres muestras independientes. Una primera muestra consistió en 119 familias de niños que habían sido sometidos a pruebas experimentales de temperamento (aproximación a situaciones nuevas o extrañas, reacción ante estímulos familiares, etc.), los cuales se distribuyeron en tres grupos (23 meses, 4 años y 6 años). La evaluación del temperamento, consistía en someter al niño a diferentes condiciones experimentales y medir su reacción a través de cuestionarios estandarizados; tomándose como variables independientes los signos de comportamiento bajo incertidumbre incluyendo la preocupación y llanto, la cesación de la vocalización o actividad, el retiro del niño de una situación familiar, la frecuencia de las sonrisas y comentarios espontáneos durante 90 minutos. Adicionalmente, se incluyó una segunda muestra de 744 adultos, estudiantes de psicología, no relacionados; a los que se les aplicó una prueba de introversión-extroversión y pruebas de sangre. Los estudiantes recibieron 25\$ por su participación. Y por último, se incluyó una tercera muestra que consistió en 55 adultos que se sometieron a una resonancia magnética mientras se les daba una actividad de reconocimiento de emociones faciales. Se controló la cantidad de cafeína consumida, drogas,

prueba piloto de salud cerebral a través de scanners y consumo de medicación para los trastornos de ansiedad.

Los resultados se obtienen a partir de pruebas y análisis de muestras sanguíneas, estudios de neuroimagen y análisis estadísticos del comportamiento de los datos de los sujetos; que fueron clasificados mediante una encuesta aplicada a los representantes de introversión-extroversión. Se encontró que el regulador del gen (RGS2) está relacionado con el fenotipo de ansiedad de los sujetos, específicamente con la actividad cerebral de la amígdala. El estudio lleva a la conclusión que el temperamento, la personalidad y la función cerebral juegan un papel convergente en la ansiedad en el adulto; es decir, que de forma conjunta se relacionan e intervienen en la aparición de la ansiedad en el adulto. Esto sugiere que la variación mínima del gen que metaboliza la proteína G está asociada con un aumento de la reactividad del cerebro límbico, relacionado con la modulación del temperamento ansioso y social de la ansiedad.

Los autores (Smoller, et al., 2008) mencionan que si bien el neuroticismo está asociado a emociones negativas y a la preocupación, expresan que es la introversión la que está más relacionada con la timidez y la inhibición social cuando se es adulto, sin excluir la variable neuroticismo como factor predisponente; es decir, un temperamento inhibido en la niñez puede resultar en introversión en la adultez. Las conductas tempranas en los niños pueden dar indicios de un posible estado de ansiedad anormal e inhibición social excesiva en la adultez.

El artículo de Smoller et. al (2008) es de especial relevancia para el presente estudio ya que expone cómo los rasgos de personalidad se asocian con la aparición de los trastornos de ansiedad; sugiriendo que un temperamento inhibido en la niñez conlleva a la introversión en la adultez; y esta, a su vez, conlleva a una timidez e inhibición social excesiva. También sugiere que el neuroticismo como rasgo de personalidad está asociado a la aparición de trastornos de ansiedad.

De la exposición de hallazgos empíricos hecha anteriormente, se puede concluir que la etiología de los trastornos de ansiedad es multicausal, siendo múltiples factores, tanto genéticos como ambientales, los que predisponen a la aparición de trastornos de ansiedad. De los artículos presentados, los factores de riesgo más representativos en la predicción del trastorno parecen ser: los factores genéticos, la presencia de psicopatología en los padres, un temperamento inhibido y las características de la familia.

Como se señaló previamente, el estudio de los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad debe “realizarse desde una perspectiva evolutiva del individuo y siempre en consideración del contexto personal, social y ambiental propio de cada uno” (Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998, p.13). En un intento de considerar el contexto personal y familiar dentro del estudio de los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad, para efectos de la presente investigación, se tomarán en cuenta las variables familiares, relacionadas con la competencia familiar; y los rasgos de personalidad como predictores de la aparición de trastornos de ansiedad. La elección de estas variables también se fundamenta en la opinión de expertos en el área de psicología clínica y familia; así como toda la información teórica y empírica expuesta. Las variables seleccionadas son actualmente estudiadas y consideradas de gran relevancia en el ámbito clínico, ya que están asociadas en gran medida con la aparición y el curso de los trastornos de ansiedad.

A su vez, los expertos expresan que en su práctica profesional como psicólogos clínicos han corroborado la capacidad de los rasgos de personalidad y el funcionamiento familiar para discriminar entre los cuadros ansiosos (Barreto, Diciembre, 2009, comunicación personal).

La mayoría de los estudios realizados sobre ansiedad han tomado como muestra niños y adolescentes, por lo que es el temperamento la variable que ha sido estudiada, entendiéndose que en la niñez la personalidad aún no se encuentra totalmente constituida. En la presente

investigación se utilizarán sujetos adultos lo que implica tomar la variable personalidad y no el temperamento como variable predictora.

La personalidad puede influir en la manera en que se interpreta una situación en particular (Spielberger, 1979) y consecuentemente, modular la reacción de angustia. Si bien algunas situaciones son por sí mismas más angustiosas que otras y son percibidas por la mayoría de las personas como amenazantes, es importante resaltar que las interpretaciones y apreciaciones individuales; pensamientos, recuerdos, experiencias previas y características de personalidad, juegan un papel esencial en la expresión y experimentación de la angustia (Spielberger, 1979).

“La personalidad representa a las propiedades estructurales y dinámicas de un individuo, tal como éstas se reflejan en las respuestas características de los sujetos a las diferentes situaciones” (Pervin, 1978; p. 20). Así mismo, Pervin (1978) concibe a la personalidad como un sistema de propiedades permanentes de cada individuo, que lo diferencian de los demás y que se manifiestan conductualmente.

Según Fierro (1986), la personalidad es un repertorio organizado de conductas determinadas por variables independientes o situaciones; dichas conductas se agrupan en unidades amplias a las que se les denominan factores o dimensiones de personalidad.

La estructura de la personalidad se refiere a las características de la persona y a la forma en la que dichas características se agrupan u organizan (Pervin, 1978). Los conceptos más usados que hacen referencia a la estructura de la personalidad son los de rasgos y tipos. Los rasgos son patrones consistentes de respuestas ante diversas situaciones, características de una persona; y el tipo hace referencia a una amplia agrupación de rasgos (Horney, 1945; cp. Pervin, 1978). Para la presente investigación se tomarán los rasgos de personalidad como variable independiente. Resulta más adecuado el uso de los rasgos en vez de los

tipos dado que permiten una mayor diferenciación entre los distintos trastornos de ansiedad.

Existen diferentes posturas teóricas que explican el constructo de la personalidad; entre ellas, la postura psicoanalítica propuesta por Freud (1915), en donde se expone a la personalidad como un aparato psíquico, y donde la interacción de sus componentes (ello, yo, superyo) se fundamenta en el conflicto (cp. Pervin, 1978).

Por otro lado, existe una postura humanista que expone una teoría acerca de la personalidad. En este sentido, Rogers (1956; cp. Pervin, 1978) expone que la estructura de personalidad es el sí mismo; es decir, el conjunto de percepciones y significados particulares que tiene un individuo vinculados a sí mismo al hacer contacto con el ambiente.

Otro de los enfoques o posturas teóricas que estudia la personalidad, es la postura psicométrica, la cual propone a los rasgos como estructura de personalidad. Para Cattell (1950, cp. Pervin 1978) la personalidad es aquello que permite predecir lo que hará una persona en una situación determinada. Según esta postura, la personalidad está conformada por un conjunto de rasgos; rasgos definidos como patrones conductuales de reacción permanente y general. El rasgo se mantiene estable a lo largo del tiempo y situaciones, y pueden ser comunes a todas las personas o característicos de cada individuo. Para Cattell, los rasgos pueden ser conductas que aparecen en un momento determinado, pero que no presentan una relación causal; y pueden ser rasgos fuentes o conductas que covarían, constituyendo una dimensión de personalidad unitaria e independiente (Cattell, s.f.; cp. Pervin, 1978).

Cattell expone que el sujeto está sometido de forma constante a la tensión y es recompensado cuando la misma se reduce. Así mismo, pretendía desarrollar una taxonomía de rasgos de la personalidad; tal como la tabla periódica de los elementos químicos, que le permitiera dar cuenta de la estructura básica de la personalidad. Para ello, realizó numerosas

investigaciones, de las cuales concluyó que había 16 rasgos de personalidad derivados del uso de métodos estadísticos tales como el análisis factorial (s.f., cp. Pervin, 1996).

Cattell pretende responder a la estructura de la personalidad de forma global y considerando las diferencias individuales. Para ello, expone que los 16 factores dan cuenta de las conductas y el comportamiento que puede tener un sujeto bajo estímulos particulares en situaciones específicas. Los 16 factores que representan la estructura total de la personalidad se organizan según el alfabeto de la A a la O en forma decreciente según la proporción de varianza que explican. Adicionalmente, Cattell expuso los cuatro factores Q que se deben a derivaciones conductuales objetivas del propio cuestionario y la situación de prueba, pero que no tienen manifestaciones externas claras (Amador, Forns, y Kirchner, s.f.).

El primer factor A (sociabilidad), se refiere a la apertura del sujeto en las relaciones interpersonales e incluye características como frialdad, precisión, calidez y tolerancia. El factor B (inteligencia), está referido principalmente al nivel intelectual del sujeto en niveles altos o bajos según haya respondido en el cuestionario. El factor C (estabilidad emocional), hace referencia a la estabilidad emocional del sujeto en distintas situaciones, así como el grado en el que una persona es perturbada por los sentimientos. Para el factor E (dominancia), se toman características que describan la dominancia del sujeto en diferentes contextos, es decir, la sumisión y conformismo o la independencia y competitividad que pueden estar presentes. En el factor F (impetuosidad), se hace referencia al control de impulsos; principalmente, exponiendo características como impulsividad, sobriedad, seriedad o jovialidad. El factor G (responsabilidad), por su parte, describe el nivel de preocupación que embarga un sujeto y el tacto que mantiene para el manejo de las diferentes situaciones. El factor H (timidez) se encuentra referido al nivel de inhibición o desinhibición del sujeto principalmente ante situaciones sociales. Por su parte, el factor I

(sensibilidad) hace referencia a la sensibilidad del sujeto y a la firmeza con el que éste se muestra ante los demás (Amador, Forns, y Kirchn, s.f.).

El factor L (suspiciacia), expone el nivel de confianza que el sujeto presenta con las demás personas o el nivel de suspiciacia y desconfianza que puede mostrar. El factor M (imaginación), habla del desenvolvimiento del sujeto en su entorno, principalmente en cuanto al nivel de practicidad o creatividad que éste demuestra en la solución de problemas. El factor N (diplomacia), se refiere al nivel de franqueza o astucia que se evidencia en la conducta de un sujeto así como el grado de espontaneidad. El nivel de aprehensión que los sujetos tienen antes las diferentes situaciones así como la tendencia a la culpabilización y la inseguridad son descritas por el factor O (seguridad). Los últimos cuatro factores (Q1, rebeldía; Q2, individualismo; Q3, cumplimiento; y Q4, tensión), hacen referencia al nivel de conservadurismo; dependencia o preferencia a trabajar solos; conflictividad o apego a las normas sociales y morales; y tensión o aprehensión ante las distintas situaciones, respectivamente (Amador, Forns, y Kirchn, s.f.).

La teoría psicométrica de los rasgos de personalidad de Cattell es el fundamento teórico desde el cual se sitúa la investigación para el abordaje de la variable rasgos de personalidad debido a que con los rasgos propuestos intenta abarcar de forma amplia el constructor de personalidad. Así mismo, la cantidad de rasgos propuestos por Cattell aumenta la probabilidad de poder encontrar diferencias significativas entre los grupos de pacientes con ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo.

Eysenk, al igual que Cattell, es uno de los teóricos de la personalidad en la perspectiva psicométrica que propone la noción de rasgo como elemento constituyente de la estructura de la personalidad. Para Eysenk (1970; cp. Pervin, 1996), los rasgos son respuestas habituales que tienden a ir juntas; sin embargo, propone un nivel de organización más elevado, grupos de rasgos combinados a los que denominó tipo, donde se destacan introversión-extraversión, neuroticismo y psicoticismo. En esta misma línea,

el modelo de los Cinco Grandes Factores (FFM) de la personalidad pretende realizar una integración de las distintas teorías de rasgos de la personalidad, de modo que exista un consenso (Goldberg, 1981, 1993; cp. Pervin, 1996). Este modelo propone la existencia de cinco rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión, abierto a la experiencia, afabilidad y consciencia.

Dentro del modelo de los cinco grandes factores, se desarrolló un inventario de personalidad (Big Five Inventory) que consta de 45 ítems que presenta al sujeto planteamientos opuestos a los que responde en una escala tipo likert de 5 puntos. Dicha escala arroja resultados en función de los cinco factores mencionados anteriormente. Múltiples investigaciones han encontrado que en efecto, 5 factores resulta un número apropiado para medir el constructo de personalidad; sin embargo, muchos autores encuentran resultados y expresan opiniones en contra de la capacidad del test para medir ampliamente la personalidad. Autores como Elshout (1999; cp. Choragwicka, 2010) expresa que detrás de las cinco grandes dimensiones se encuentran trece rasgos específicos o factores primarios; y autores como Mershon Gorsuch (1988) y Paunonen y Ashton (2001) afirman que los cinco factores resultan muy amplios y completos, y que ello disminuye su potencia de predicción y explicación del comportamiento real, tal como lo hacen rasgos de orden inferior.

Existen otras escalas que permiten medir la personalidad y que se sustentan bajo la teoría psicométrica o de rasgos de Cattell. El Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota por su parte, es un cuestionario a medir dimensiones patológicas de la personalidad, dimensiones que arrojan rasgos superficiales según Cattell (1972). Dicho inventario consta de 28 escalas, de las cuales tres se refieren a la validez de las respuestas del sujeto, otras diez hacen referencia a dimensiones de patología como esquizofrenia, hipocondriasis, histeria, depresión etc.; y las últimas quince tienen que ver con elementos más específicos de dichas patologías como miedos, autoestima, interferencia en el trabajo, patrones de comportamiento, etc. Dicho instrumento tiene un valor clínico importante en el diagnóstico de

patologías; sin embargo, en términos de medir rasgos de personalidad base en pacientes ya diagnosticados no resulta el más adecuado.

Es por ello, que para fines de la presente investigación se utiliza el Cuestionario de los 16 Factores de Cattell; siendo un cuestionario que mide una mayor cantidad de rasgos específicos pero fundamentales, que permitirán diferenciar a los dos grupos de pacientes (ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivo), siendo de entrada un grupo muy homogéneo de sujetos con respecto a su padecimiento clínico; es decir, todos presentan una problemática común que tiene que ver con la ansiedad.

Existen numerosos estudios acerca de la relación entre la personalidad y los trastornos de ansiedad. Guillamón (2004) afirma que el neuroticismo es un rasgo de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad. Cattell (1972), expresa que se han encontrado perfiles de pacientes neuróticos o ansiosos específicos y que resultan ser iguales en países como Canadá, Australia, Gran Bretaña, América del Norte y América del Sur. Dichos perfiles difieren en al menos 5 rasgos medidos por el 16PF de forma significativa en comparación con sujetos normales. A continuación se presenta un gráfico con los 16 factores medidos por el 16 PF y el perfil promedio de pacientes neuróticos o ansiosos y pacientes histéricos.

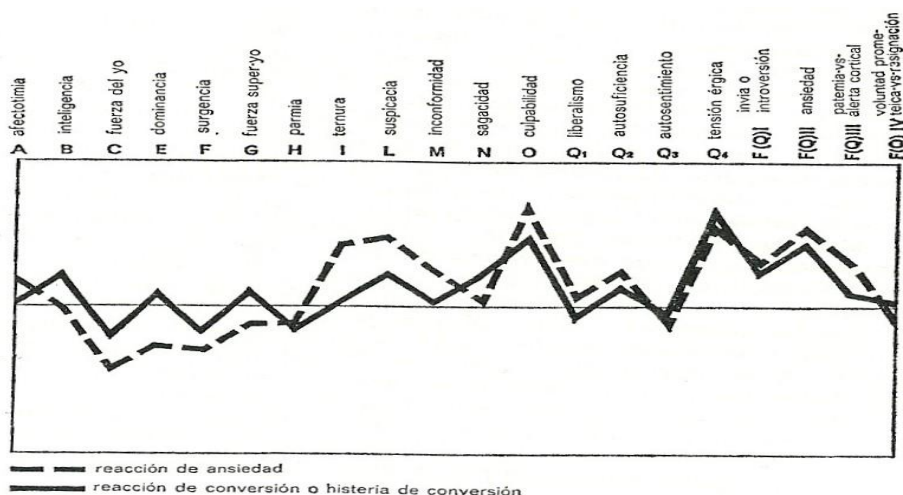


Figura 1. Perfil de personalidad según el Inventario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell para pacientes neuróticos (tomada de Cattell, 1972).

Según Cattell (1972), los pacientes con dificultades de ansiedad o pacientes neuróticos tienden a obtener puntuaciones bajas en C o el factor “fuerza del yo”, asociado a altos niveles de emocionalidad con dificultades a adaptar su conducta a la realidad de la situación; en el factor E (dominancia), representado por la confianza en sí mismo, elemento que se encuentra turbado en diferentes patologías; y en el factor F, asociado con las dificultades a adaptarse a los problemas por poseer pocos recursos psíquicos disponibles. De forma contraria, obtienen puntuaciones altas en M; es decir, alto nivel de desinterés por el mundo externo, envueltos en sus propios pensamientos y con poca flexibilidad para desechar o cambiar sus propias posturas; y en el factor I, asociado con un trato indulgente en la infancia y con ciertas dificultades para dominar las necesidades insatisfechas.

En relación con lo anterior, Gonzalez (2004) realiza una investigación en la que se estudia la relación entre la ansiedad rasgo y los rasgos de personalidad extraversión y neuroticismo; como también la relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. También estudiaron la diferencia entre un grupo de sujetos con alta ansiedad rasgo con respecto a un grupo con baja ansiedad rasgo, en la puntuación obtenida en las variables extraversión, neuroticismo, escape o evitación y autoconcepto. La ansiedad rasgo es definida como una propensión ansiosa relativamente estable al percibir las situaciones como amenazadoras (González, 2004).

En este estudio participaron de manera voluntaria 28 estudiantes universitarios del último año de psicopedagogía, con una edad promedio de 23 años; a quienes se les administró el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) de Spielberger y el Cuestionario Revisado de Personalidad (EPQ-R) de Eysenck. A partir de los resultados en el STAI se formaron dos grupos; un grupo alto en ansiedad rasgo y otro grupo bajo en ansiedad rasgo.

De los análisis de correlación simple realizados, se obtuvo que la ansiedad rasgo se correlaciona de manera moderada y positiva con la ansiedad estado (0,64) y con las variables neuroticismo (0,66) y extraversión (0,48). Se llevaron a cabo cuatro análisis de t de Student para evaluar las diferencias entre los grupos en las puntuaciones de extraversión, neuroticismo, escape o evitación y autoconcepto. Se encontró que el grupo alto en ansiedad rasgo puntúa significativamente más bajo en extraversión ($X = 46,62$ versus $X = 55,61$; $t = 3,02$; $p = 0,0049$), más alto en neuroticismo ($X = 49,25$ versus $X = 42,16$; $t = 2,59$; $p = 0,014$), más alto en evitación y huida ($X = 5,92$ versus $X = 4,00$; $t = 2,82$; $p < 0,01$) y más bajo en autoconcepto ($X = 15,69$ versus $X = 25,90$; $t = 3,28$; $p < 0,01$) que el grupo bajo en ansiedad rasgo. El tamaño de la muestra como el tipo de muestreo puede afectar la validez y la generalización de los resultados, por lo que deben tomarse con cautela.

En esta misma línea, Guillamón (2004) sugiere que en cuanto a la personalidad, una manifestación clara y elevada de lo que es la ansiedad rasgo es el trastorno de ansiedad generalizada.

De acuerdo a la investigación expuesta previamente acerca de la relación entre la ansiedad rasgo y los rasgos de personalidad, se puede decir que los sujetos que presenten un trastorno de ansiedad, probablemente presenten alta ansiedad rasgo; la cual se asocia con altos niveles de neuroticismo, huida y evitación, y con bajos niveles de extroversión y autoconcepto.

La evitación es otro rasgo de personalidad que ha sido asociado con los trastornos de ansiedad. Las personas con un nivel alto de evitación suelen mostrar inhibición ante estímulos novedosos o no familiares, no acercándose o alejándose del estímulo desconocido. Son personas tímidas, cautelosas, aprehensivas, tensas, fácilmente fatigables y pesimistas (Guillamón, 2004).

Carrera, Ayesterán, Herrán, Sierra y Vázquez (2003) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el posible efecto de los síntomas ansiosos y depresivos sobre los rasgos de personalidad en pacientes con trastorno de angustia. La muestra estuvo conformada por 62 pacientes; de los cuales 21 fueron hombres y 41 fueron mujeres, con una edad media de 33 años, y una mediana de 8 meses de tiempo medio de evolución del trastorno. Los pacientes fueron diagnosticados con trastorno de ansiedad con y sin agorafobia (APA, 1994) a través de la entrevista MINI. Los síntomas de ansiedad-estado se evaluaron a través del Inventario STAI y los síntomas depresivos a través del Cuestionario de Depresión de Beck. Los rasgos de personalidad se evaluaron mediante el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II). Se encontró que los pacientes con mayor sintomatología depresiva puntuaban alto en las escalas evitativa, límite, autodestructiva y esquizotípica; así como los pacientes con mayor sintomatología ansiosa que puntuaron alto en las escalas evitativa, autodestructiva y límite; con ello sólo se diferenciaban en la escala de esquizotipia.

Describiendo de forma específica las escalas donde las personas con mayor sintomatología ansiosa puntuaban alto, se encuentra que en la escala fóbica-evitativa del Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) los sujetos suelen experimentar temor y desconfianza hacia los demás, así como la percepción de recibir pocos refuerzos positivos por parte de los demás y de sí mismos. A pesar de tener deseos de relacionarse con los demás, han aprendido que es mejor negar sus sentimientos y mantener la distancia interpersonal (Valencia, s.f.).

A su vez, las personas que obtienen puntuaciones altas en la escala autodestructiva suelen relacionarse con los demás de manera sacrificada, permitiendo y fomentando que los demás los exploten o se aprovechen de ellos. Intentan pasar desapercibidos e intensifican su déficit, afirmando que merecen ser avergonzados y humillados (Valencia, s.f.).

Por su parte, la escala límite supone alta labilidad e inestabilidad del estado de ánimo, oscilando entre la inquietud, la euforia y otros sentimientos como rabia y amor. Además, pueden presentar alteraciones en la identidad que los llevan a agredirse a sí mismos. Los pacientes con puntuaciones altas en la escala esquizotípica, son descritos como aislados, inhibidos socialmente, reflexivos, con pensamientos confusos y comportamientos poco convencionales. Pueden mostrarse hipersensibles o faltos de afecto (Valencia, s.f.).

A partir de lo que se ha expuesto anteriormente, se puede decir que algunos de los rasgos que han sido asociados a los trastornos de ansiedad son el neuroticismo, la ansiedad rasgo, la evitación al daño, como puntuaciones altas en la escala fóbica, autodestructiva, límite y esquizotípica del Inventario Multiaxial Clínico de Millon.

Se han encontrado hallazgos que asocian determinados rasgos de personalidad al trastorno de ansiedad generalizada y al trastorno obsesivo compulsivo. En apoyo a lo anteriormente dicho, Beesdo, Pine, Lieb y Wittchen (2010) afirman que el trastorno de ansiedad generalizada se diferencia de otros trastornos de ansiedad como el trastorno obsesivo compulsivo, y de otros trastornos como la depresión, en cuanto a las características de personalidad y el clima familiar.

Las personas con un trastorno de ansiedad generalizada son descritas como perfeccionistas, dependientes y con poca asertividad (Lozano, 2010). Adicionalmente, Vicente, Días y Carrasco (2000), realizan una comparación entre pacientes con trastornos fóbicos y trastornos de ansiedad generalizada y encuentran que los segundos son menos neuróticos y evitativos que los pacientes fóbicos.

Uno de los rasgos que ha sido asociado al trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad rasgo. Chambers, Power y Durham (2004) sugieren que tanto la ansiedad rasgo como el afecto negativo aumentan la

probabilidad de sufrir un curso crónico del trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Para el trastorno de ansiedad generalizada, algunas escalas del 16 PF (Cattell, 1991) que pueden describir el perfil de personalidad de dichos pacientes son: “estabilidad emocional” (puntuaciones bajas en C), “dominancia” (bajas puntuaciones en E) y “seguridad” (puntuaciones altas en O); es decir, son sujetos con baja tolerancia a la frustración, fatiga neurótica, fácilmente perturbables, quejumbrosos, insatisfechos, con síntomas neuróticos, dóciles, conformistas, dependientes, ansiosos por lo correcto, alto sentido de obligación, altas expectativas de sí mismos, preocupados y ansiosos, afligidos por la culpa y no se sienten aceptados en los grupos. Ello se encuentra en concordancia con lo descrito anteriormente por Cattell (*Ver Figura 1*).

En esta misma línea, Hoehn-Saric, Hazlett y MacLeod (1993; cp. Rovella, 2008), compararon dos grupos de sujetos con diagnóstico de ansiedad generalizada, uno de los grupos reportaba los síntomas del trastorno desde antes de los 20 años de edad, el otro grupo reportaba el inicio de los síntomas una vez cumplido los 20 años. La primera muestra presentó más problemas conyugales entre los padres, mayor inhibición social en la infancia, mayores puntuaciones en rasgo de ansiedad, mayor sensibilidad interpersonal, depresión, neuroticismo y fobias; en relación con la segunda muestra.

En el trastorno obsesivo compulsivo, las características que se han encontrado asociadas con su aparición, son la meticulosidad, responsabilidad, autoexigencia, sumisión y complacencia en el trabajo, y tendencia a darle importancia a pequeñeces. Son intransigentes, rígidos; manejan las situaciones y controlan su conducta desde una postura muy racional, apartando el aspecto emocional. Presentan una baja expresividad de sus emociones, son calculadores, tienen conciencia del deber, son perfeccionistas, tercos y avaros (Rocamora, s.f.). Sobre la obsesividad-

compulsividad, Hernández (1998) agrega que son personas muy prudentes, puntuales e inhibidas.

Por su parte, Guillamón (2004) describe que los pacientes obsesivos compulsivos suelen ser inflexibles y perfeccionistas; tienen problemas para adaptarse a los cambios y para adoptar diferentes puntos de vista. De acuerdo a la autora, la estabilidad emocional de estos pacientes suele depender del control, la rutina y el orden.

En concordancia con lo anterior, Wu, Clark y Watson (2006) compararon los rasgos de personalidad de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y los rasgos de personalidad de otros pacientes. Se encontró que los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo compartieron con otros pacientes una afectividad negativa elevada y una afectividad positiva baja. A diferencia de los otros pacientes, los pacientes obsesivos compulsivos obtuvieron puntuaciones bajas en la manipulación, falta de confianza, y la desinhibición. A su vez, se obtuvo un patrón de auto imagen muy bajo para los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, dada la combinación de puntuaciones bajas en autoestima y reconocimiento.

Kirkcaldy, Furnham y Siefen (2010), realizaron un estudio que denota cómo puede ser la relación entre la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo. Realizaron un estudio con el fin de explorar la incidencia de variables como la personalidad, el carácter compulsivo, internalización/externalización, estructura familiar y capacidad cognitiva. La muestra estuvo conformada por 348 adolescentes hospitalizados (229 de sexo femenino y 119 de sexo masculino) con problemas de salud mental; es decir, con altos niveles de compulsividad, que detectaron los investigadores a pesar de no tener un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo formalmente. Los adolescentes pasaron por diferentes entrevistas con profesionales en el área de salud mental, y se les administró una prueba de inteligencia (Matrices Progresivas de Raven). El diagnóstico de los pacientes se realizó a partir del CIE-10. Se les administró adicionalmente una lista de

chequeo de salud con 90 ítems donde se reportan, en una escala tipo likert de cinco puntos, algunos síntomas de tipo físico y psicológico (rtt= 0,77-0,88); una lista de comprobación de Achenbach (rtt= 0,69 – 0,85); una escala de comportamiento agresivo, y entrevistas estructuradas acerca de la situación familiar, incluyendo relaciones entre los miembros, consumo y abuso de sustancias, enfermedades, rechazo de los padres, estilos de crianza, pérdidas significativas y situaciones estresantes.

Se encontró que los pacientes con altos niveles de compulsividad tuvieron comorbilidad con depresión, una alta sensibilidad interpersonal que se traduce en una evitación fóbica, y poca capacidad de concentración y atención. En cuanto a la agresión, los pacientes con mayores puntajes en compulsión obtuvieron tasas más altas de intento suicida ($X^2 = 7,94$; $p < 0,01$); sin embargo, la agresión abierta obtuvo mayores puntajes en pacientes con índices más bajos de compulsión ($X^2 = 15,02$; $p < 0,001$). La inteligencia y el tamaño de la familia (número de miembros) y orden de nacimiento (constelación familiar) no resultaron variables significativas en el modelo de regresión. En cuanto a la externalización/internalización, resultó significativamente más alta la internalización ($F = 136,80$; $p < 0,001$) en los pacientes con mayores puntajes en compulsión. En cuanto a la personalidad como “compulsividad rasgo”, el modelo resultó significativo ($X^2 = 95,42$; $p < 0,001$). El estadístico R cuadrado ajustado sugiere que casi el 60% de la variación en la compulsividad rasgo podría explicarse por las observaciones de comportamiento compulsivo; resultando significativas escalas como ansiedad-depresión, compulsión y dificultades con la atención (Kirkcaldy, Furnham y Siefen, 2010).

En efecto, a partir del artículo, se puede decir que la internalización está relacionada con niveles de compulsión alta, siendo un rasgo de personalidad asociado a la aparición del trastorno. Otra de las conclusiones derivada del estudio que es relevante para la presente investigación, es que se encontró una alta sensibilidad interpersonal; que se traduce en una evitación fóbica, asociada a altos niveles de compulsividad. A partir de esto

último, la evitación fóbica puede ser una característica del trastorno obsesivo-compulsivo.

Las características mencionadas coinciden con la descripción de Cattell (1991) en la escala “sociabilidad” (A) del cuestionario de los 16 factores de la personalidad. Puntuaciones bajas indican que el sujeto es frío, minucioso, preciso y desapasionado; le gustan las cosas más que la gente, evitan compromisos, prefieren trabajar solos, le gusta ser precisos y rígidos en como hace las cosas, pueden ser críticos obstructivos y difíciles. De igual forma, puntuaciones altas en la escala “responsabilidad” (G) reúne características en común con los sujetos obsesivos-compulsivos; es decir, sujetos dominados por el deber y la responsabilidad, usualmente moralistas, prefieren el trabajo duro, laboriosos, ordenados de forma metódica, perfeccionistas y autoexigentes. Otra escala del cuestionario de personalidad de Cattell (1991) que coincide con características ya mencionadas de los pacientes obsesivos-compulsivos es “imaginación” (M), con puntuaciones altas, donde se describe a los sujetos como preocupados por hacer las cosas correctas y el detalle.

Otras dos escalas en concordancia son “seguridad” (O) con puntuaciones altas, por lo que tienen un fuerte sentido de la obligación y altas expectativas de sí mismos; se sienten ansiosos y culpables ante las dificultades, y no se sienten aceptados en grupos; y en la escala “rebeldía” (Q1) con puntuaciones bajas que describe a sujetos cautelosos ante las nuevas ideas, se oponen a los cambios y se inclinan a seguir con la tradición, conservadores en religión y política. Finalmente, parecen ser sujetos con altas puntuaciones en las escalas “cumplimiento” (Q3) y “tensión” (Q4) con características como un control fuerte de sus emociones y comportamiento en general; socialmente precavidos e interesados por su reputación social; perfeccionistas y obstinados; tensos, cansados e impacientes.

Rosellini y Brown (2010), realizaron un estudio con el fin de evaluar la estructura de dos escalas (Inventario de Personalidad de los Cinco Factores, y el Inventario de personalidad FFI-NEO) en relación con algunos trastornos que aparecen en el DSM-IV, específicamente fobia social, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con agorafobia, fobia específica y trastorno obsesivo-compulsivo. La muestra estuvo conformada por 1980 pacientes, de los cuales el 60% eran mujeres y el otro 40% restante eran hombres; la edad promedio era de 39,09 años. Se les administró una entrevista semiestructurada ADIS-IV-R, que se deriva del DSM-IV y que evalúa la presencia de trastornos de ansiedad, elementos somáticos, consumo de sustancias y algunos síntomas psicóticos.

Se aplicó un modelo de ecuación estructural para calcular los factores del inventario FFI-NEO, y se obtuvieron tal como se predijo, cinco factores (afabilidad, apertura, conciencia, neuroticismo y extraversión). Resultaron dos elementos significativos: los indicadores que representan preocupación excesiva y el poco control en dicha preocupación ($IM = 28,52$), y los indicadores que representan los síntomas asociados al trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor ($IM = 50,56$), que pueden estar explicados por la alta comorbilidad entre estos últimos. Exceptuando el factor de afabilidad, todos los factores de la escala FFI-NEO resultaron tener al menos una relación significativa con alguno de los trastornos sometidos a prueba. La extraversión estaba inversamente relacionada con el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno depresivo mayor. El factor de conciencia se relaciona de forma inversa con fobia social y trastorno depresivo mayor; apertura se relacionó de forma negativa con desorden de pánico pero de forma positiva con ansiedad generalizada. Finalmente, se encontró una relación significativa entre neuroticismo y la mayoría de los trastornos mencionados; es decir, ansiedad generalizada ($g = 0,64$), fobia social ($g = 0,35$), trastorno obsesivo-compulsivo ($g = 0,22$) y trastorno depresivo mayor ($g = 0,54$) (Rosellini y Brown, 2010).

Una vez expuestas las investigaciones que relacionan rasgos de personalidad con cada uno de los trastornos, se puede decir que los rasgos de personalidad permiten discriminar entre los sujetos que presentan trastornos de ansiedad de tipo obsesivo-compulsivo y ansiedad generalizada.

Se realizará una equivalencia de las características de personalidad mencionadas para cada trastorno con las escalas de del cuestionario de los 16 factores de la personalidad de Cattell (1991).

En concordancia con lo anteriormente expuesto en cuanto a características de personalidad de sujetos con trastornos de ansiedad y el cuestionario de los 16 factores de Cattell (Amador, Forns y Kirchner, s.f.), la escala de ansiedad del cuestionario covaría con puntuaciones bajas en la escala de estabilidad emocional (C), cumplimiento (Q3) y en algunos casos con la escala de timidez (H). De forma contraria, ansiedad covaría con puntuaciones altas en la escala de diplomacia (L), seguridad (O), y tensión (Q4).

Al suponer que los rasgos de personalidad permiten discriminar entre los sujetos que presentan trastornos de ansiedad de tipo obsesivo-compulsivo y de tipo generalizado; se esperaría encontrar que los sujetos obsesivos compulsivos tengan un perfil de personalidad con puntuaciones muy bajas en A; puntuaciones bajas o cercanas al promedio en C, M y Q1; puntuaciones elevadas en G, O, Q2 y Q3 y puntuaciones medias o promedio en las escalas, F, H y E; y que los sujetos con ansiedad generalizada tengan una puntuación muy baja en la escala C, puntuación baja en E, puntuaciones elevadas en O y puntuaciones medias en las escalas A, M, Q1, G, Q2, Q3, F y H. Por ende, se espera que los grupos de pacientes difieran significativamente en los rasgos sociabilidad, dominancia, responsabilidad, imaginación, rebeldía, individualismo y cumplimiento.

Así como se encuentran asociadas características de personalidad a cada trastorno de ansiedad, también se pueden encontrar características de la familia asociadas a cada trastorno de ansiedad.

Baron (2002) establece que en familias donde la angustia es significativa y la mayoría de los elementos presentes parecen ser peligrosos, el niño aprende a tener miedo; lo que disminuye sus cualidades y capacidad para enfrentarse a la realidad. La autora (Baron, 2002) se refiere a dicho proceso de aprendizaje de la ansiedad, como un moldeamiento donde se afirman los miedos de los padres y aumenta en los niños la necesidad de ser protegidos. Por lo tanto, se incrementa su sensación de fragilidad y sus propios miedos, afectando su desenvolvimiento en el ambiente. Además, se reporta que en familias donde la madre sufre de un trastorno de depresión, la probabilidad de que aparezca un trastorno de ansiedad en los niños aumenta (Baron, 2002).

De acuerdo a Quintero (1997), la familia constituye una unidad o grupo humano primario, y una forma de organización social o institución en constante cambio; que establece normas y pautas con el objeto de cumplir con las funciones que le corresponden. Se diferencia de otros grupos sociales dada la naturaleza de sus miembros y la intensidad y calidad de sus relaciones (Preister, 1980; cp. Quintero, 1997).

La familia tiene un “papel vital en el desarrollo humano y social (...), es la matriz de identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros; y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde” (Quintero, 1997, p. 17 y 18). A su vez, las pautas asumidas por la familia perdurarán a lo largo de la evolución de cada uno de sus miembros (Quintero, 1997).

La familia debe cumplir con las siguientes funciones: la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de todos sus miembros; la protección psicosocial de las personas que la conforman, es decir, el engendrar a nuevas personas y responder por el desarrollo integral de

todos; y la socialización o la inserción del individuo en la cultura y su transmisión (Quintero, 1997). Arenas, (comunicación personal, Abril, 2010), agrega como funciones de la familia, el desenvolvimiento de la alianza marital, promover la alianza entre hermanos y desarrollar la personalidad de sus hijos.

El estudio de la familia considera tres perspectivas básicas: la estructural, que se refiere al tipo de unión de la pareja, las personas incluidas, el tamaño, la edad, etc.; la funcional, referida a las formas de relacionarse, la comunicación, la distribución de roles, la cohesión, el afecto y la adaptabilidad; y la evolutiva, que tiene que ver con el ciclo vital o evolutivo de la familia (Quintero, 2007).

En Venezuela, con una muestra de 1.261 familias seleccionadas a través de muestreo estratificado; utilizando un análisis multivariado de datos, a partir de variables como región de origen, nivel socioeconómico, nivel educativo y clima familiar (escala de clima familiar de Moos); se encontró que en su mayoría, las familias en el país se caracterizan por una alta cohesión y preocupación por los miembros, así como ayuda mutua, libre expresión emocional, igual énfasis en actividades culturales, recreativas y moral-religiosas (32.75% del total de la muestra). También se encontró que hay familias caracterizadas por estar orientadas principalmente al conflicto, y altos grados de cohesión; por lo que a pesar de mostrar agresiones entre los miembros, también se evidencian altos grados de apoyo y ayuda mutua (28.2% del total de la muestra). El resto de los grupos se caracterizaron por cohesión, expresividad, independencia y actividades recreativas (13.40%); orientados a la obtención de logros, al control y a lo moral religioso (12.7); y orientadas únicamente al conflicto u orientadas al control y al conflicto (6.7% y 6.2% respectivamente) (Williams y Antequera, 1995).

Dentro de los elementos estudiados en la familia se encuentra el funcionamiento familiar. El funcionamiento familiar, es definido por Aldama (2006) como un estilo de vida en el que se manejan normas, códigos

comunicativos, vínculos socio-afectivos, metas e intereses particulares; que comparten determinantes comunes, pero que pueden incidir de forma distinta para cada miembro de la familia.

Un modelo explicativo propuesto por Aldama (2006) sobre el funcionamiento de la familia habla de cuatro dimensiones específicas: la primera hace referencia a la individualidad en la cual se trabaja para el desarrollo y la realización personal, respetando la singularidad de cada miembro. La segunda dimensión se refiere a la pareja, donde se logra un intercambio de aportes y renunciaciones para el logro de un proyecto conjunto de amor, incluyendo libertad y compromiso. Una tercera dimensión es explicada desde el rol de padres como una extensión de la función de pareja. Finalmente, la cuarta dimensión, es entendida por el establecimiento del compromiso por la comunidad, construyendo una realidad colectiva de forma externa al núcleo familiar.

Un modelo complementario propuesto por Aldama (2006) se expresa en zonas; es decir, una primera zona que es común para todos los integrantes del grupo familiar donde se da la interacción y se combinan las actividades, metas e intereses. Una segunda zona, que se refiere a la interacción específica entre dos miembros del grupo familiar que se subdivide en interacción padre-hijo, interacción madre-hijo e interacción madre-padre. Toda la zona supone la presencia de una figura relacional importante dentro del funcionamiento familiar. Finalmente una tercera zona representa la parte más individual de cada miembro de la familia; es decir, su mundo interno tomando en cuenta elementos como la privacidad.

Dentro del modelo de Aldama (2006) se toman en cuenta elementos como la comunicación familiar, que puede dinamizar u obstaculizar la interacción entre los miembros del grupo familiar. La comunicación es “un proceso amplio de intercambio de información, opiniones y sentimientos, expresados tanto con nuestra actitud verbal como no verbal” (p. 34).

Un segundo elemento es la recreación y el manejo del tiempo libre, referido a aquellas actividades que realiza el grupo familiar cuando están todos reunidos y su importancia recae en que permite la constitución en una fuerza de integración afectiva. Al igual que la recreación y el tiempo libre, el manejo de los conflictos y las metas comunes a todos los miembros del grupo es un aspecto fundamental dentro del funcionamiento familiar (Aldama, 2006).

Finalmente, un punto crítico dentro del funcionamiento familiar reflejado por Aldama (2006) es el soporte afectivo dentro del grupo, es decir, el respaldo afectivo como una función prioritaria de la familia. Este elemento posibilita o no el desarrollo de una personalidad segura y previene conflictos socio-afectivos. Además, el grupo familiar debe contener en su formación y desarrollo, elementos valorativos, éticos y pautas de elementos deseables en términos de realización personal y colectiva, que dirija la interacción y crecimiento del individuo dentro de su grupo familiar y la comunidad.

Cuando las relaciones entre los miembros de la familia no permiten el ajuste psicológico de sus miembros, se hace referencia a la disfuncionalidad familiar (Pietri, 2003). Una familia disfuncional aumenta la probabilidad de la aparición de algún trastorno de ansiedad en alguno de sus miembros. Este concepto puede entenderse desde el enfoque sistémico para la evaluación y tratamiento de las familias; según el cual, el síntoma de un individuo debe evaluarse tomando en consideración las relaciones que establece con otros individuos y con otros grupos (Andolfi, 1995; cp. Pietri, 2003).

Desde el enfoque sistémico, Quintero (1997):

“...considera a la familia como el espacio vital del desarrollo humano para garantizar su subsistencia. Es un sistema íntimo de convivencia en el que la asistencia mutua y la red de relaciones de los miembros la definen y la determinan” (p.38).

En este sentido:

“...el sistema familiar es más que sólo la suma de sus partes individuales. Por lo tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes y el sistema total, que si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada. A la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de esa disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros...” (Preister, 1980; cp. Quintero, 1997, p.38).

Según la teoría de los sistemas familiares de Bowen (s.f.; cp. Gilbert, 1999), la familia es un sistema natural, donde la emoción funciona como un motor (“motion”), y las relaciones dentro del grupo son de naturaleza dialéctica. Otros de los supuestos principales de esta teoría son: el carácter evolutivo de los seres humanos; donde sus características van a ser producto de procesos naturales, comparables con las de otros seres vivos; y que los fenómenos que se observan en los niveles biológico, psicológico y sociológico están interrelacionados (Bowen, 1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003).

Existen tres sistemas fundamentales: el sistema emocional, el cual se relaciona con el pasado filogenético del individuo; usualmente denominado instinto, relacionado con las actividades de alimentación, migración, reproducción, el sistema nervioso autónomo, las emociones, los sentimientos y las relaciones con los demás. El sistema sentimental se relaciona con el aspecto menos primitivo del sistema emocional; está encargado de que los seres humanos se atraigan entre sí, y sirve de puente entre el sistema emocional y el sistema intelectual. Por último, el sistema intelectual, se refiere a la capacidad del ser humano de conocer, pensar, entender y comunicar ideas complejas; y permite un cierto grado de

objetividad sobre la conducta emocional (Bowen, 1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003).

Para Bowen (s.f.; cp. Gilbert, 1999), existen siete conceptos importantes para la comprensión del funcionamiento familiar: a) los triángulos (conflictos entre dos personas donde siempre está involucrado un tercero, y es en éste donde recae la responsabilidad); b) la diferenciación del self (grado de habilidad que se tiene el sujeto para elegir entre pensamiento y emoción); c) la familia nuclear como un sistema emocional, donde la ansiedad se mueve de forma automática y estereotipada en los sistemas relacionales; d) el sistema emocional multigeneracional donde la ansiedad viaja a través de las generaciones; e) el proceso de proyección familiar (la familia emocional a través de las fusiones en las relaciones afecta a algunos miembros más que a otros); f) la posición descrita por el rango de edad, el género y la forma de distancia más extrema en las relaciones; g) proceso emocional de la sociedad (caos, desorden e irresponsabilidad, que ocurren en una sociedad en largos periodos de tiempo de gran angustia).

Bowen (1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003) diferencia entre la ansiedad aguda y la ansiedad crónica. La primera tiene que ver con la respuesta ansiosa ante un evento real, la cual no perdura en el tiempo; y la segunda hace referencia a una respuesta que perdura en el tiempo ante un evento imaginario, que por lo general sobrepasa las habilidades del sujeto para adaptarse.

Cuando la ansiedad crónica se encuentra en un sistema de relaciones, influye negativamente en la capacidad de los miembros para adaptarse; y el desequilibrio en las relaciones en dicho sistema aumenta la ansiedad crónica de cada uno de los miembros. Por ejemplo, la ansiedad en el niño suele ser producto de una triangulación, donde el conflicto entre los padres se traslada al niño y se convierte en una fuente de sufrimiento para este (Bowen, 1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003).

Los eventos que elevan los niveles de ansiedad crónica de un individuo, que ponen a prueba su capacidad adaptativa, y se desarrollan dentro de un sistema relacional, son: las amenazas a su vinculación emocional con otros individuos, el aumento del foco ansioso de otros en él, el aumento del nivel de dependencia de otros miembros del grupo en él y de él en otros miembros del grupo, las dificultades en el funcionamiento de quienes él depende, y/o el aumento de su nivel de responsabilidad (Kerr, M., 1992; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003).

Por su parte, Olson, Rusell y Sprenkie (1979; cp. Rivas, 2009) distingue tres dimensiones para el estudio de la familia: a) la cohesión, referida al grado en el que los miembros de la familia establecen nexos emocionales y afectivos; b) la adaptabilidad que tiene que ver con la capacidad que posee un sistema familiar para cambiar y ser flexible y; c) la comunicación, la cual permite que los miembros de la familia compartan sus necesidades y preferencias promoviendo el movimiento de la familia en las dos dimensiones ya mencionadas. A partir de la combinación de las tres dimensiones, se despliegan un conjunto de tipos de sistema de familia (dieciséis exactamente), dentro los cuales la salud mental viene dada por una cohesión adecuada, satisfacción familiar, flexibilidad, buena comunicación entre los miembros y la participación del grupo familiar en la comunidad.

Adicionalmente, Beavers y Hampson (1995) desarrollaron un modelo de sistema familiar en el que se pretende explicar la forma en la que se interrelacionan sus miembros. Dicho modelo, gira en torno al funcionamiento familiar, la competencia y el estilo familiar. Cada una de estas dimensiones es un continuo de funcionalidad/disfuncionalidad en el cual se ubican varios tipos de familia, dentro de los cuales cabe destacar sistemas familiares proclives a desarrollar trastornos de ansiedad. Por esta razón, el modelo de Beavers y Hampson (1995) es el modelo que va a sustentar teóricamente las hipótesis de la presente investigación.

A continuación se describirán las dimensiones contempladas por Beavers y Hampson (1995) en su modelo:

La competencia familiar es definida como la medida en la que la familia realiza de forma efectiva o no sus funciones de apoyo y sustento, estableciendo límites claros en cuanto a los niveles generacionales y, aportando figuras de liderazgo eficaces para lograr en sus miembros la separación y la autonomía propias de los diferentes niveles evolutivos de los hijos, negociar los conflictos y comunicarse de forma adecuada (Beavers y Hampson, 1995).

La dimensión de estilo familiar por su parte, tiene que ver con la relación del grupo familiar y su medio; la forma en la que estos sistemas familiares dirigen sus esfuerzos hacia el movimiento grupal interno o externo (Beavers y Hampson, 1995). En función de ello, la dimensión de estilo se divide en tres niveles: centrífuga, es decir, se utilizan patrones de exteriorización y actuación fuera del grupo principalmente ya sean actividades de placer o de salidas a las situaciones problemáticas; en el estilo centrípeto, las familias se dirigen al interior del grupo familiar para buscar gratificación, hay una observación constante de los miembros del grupo familiar y la interiorización de elementos conflictivos y/o emocionales se da en niveles altos; finalmente, en grupos mixtos, se caracteriza por presentar altos niveles de flexibilidad, oscilando entre lo centrífugo y lo centrípeto según las necesidades del grupo (Beavers y Hampson, 1995).

El estilo se obtiene a partir de una derivación de 4 subescalas contempladas en el modelo familiar de Beavers y Hampson (1995). Dichas subescalas son: conflicto, la cual se define como el nivel en el que en la familia se presentan problemáticas y la forma en la que se manejan (conflictos irresolubles, peleas, discusiones, culpabilizaciones o responsabilidad individual); cohesión; es decir, el grado de unión y cercanía familiar, la satisfacción y felicidad que dicha cercanía genera; expresividad o la facilidad con la que los miembros del grupo expresan sentimientos de

calidez y cuidado así como la expresión verbal y física de sentimientos positivos y; liderazgo, definido como el grado en el cual los patrones de liderazgo son fuertes y consistentes (Beavers y Hampton, 1995). Para el cálculo de dicha dimensión se aplica una formula matemática que incluye las escalas mencionadas (Ver Figura 2).

$$\text{estilo} = \left[\left(\frac{s}{c} x - 0.25 \right) + \left(\frac{\text{conflicto}}{4} \times 0.30 \right) + \left(\frac{\text{coh.} + \text{Lid.} + \text{exp.}}{27} \right) + 2.11 \right]$$

Figura 2. Fórmula para el cálculo de la dimensión de estilo familiar (Beavers y Hampson, 1995).

El funcionamiento familiar, es entonces, la relación entre las dimensiones de competencia y estilo familiar. El funcionamiento familiar es definido como la dimensión que abarca características esenciales del sistema asociadas con el funcionamiento psicológico y conductual de la familia y el individuo. La Figura 3, muestra entonces las 15 posibles combinaciones que se pueden dar en cuanto al funcionamiento familiar, y que se derivan de la interrelación entre competencia y estilo; sin embargo, tras la experiencia clínica de los autores se han encontrado que algunas combinaciones no se dan en las familias (los estilos extremos), los más usuales y cercanos a la norma son aquellos que se encuentran en el área blanca de la Figura 3 (Beavers y Hampson, 1995).

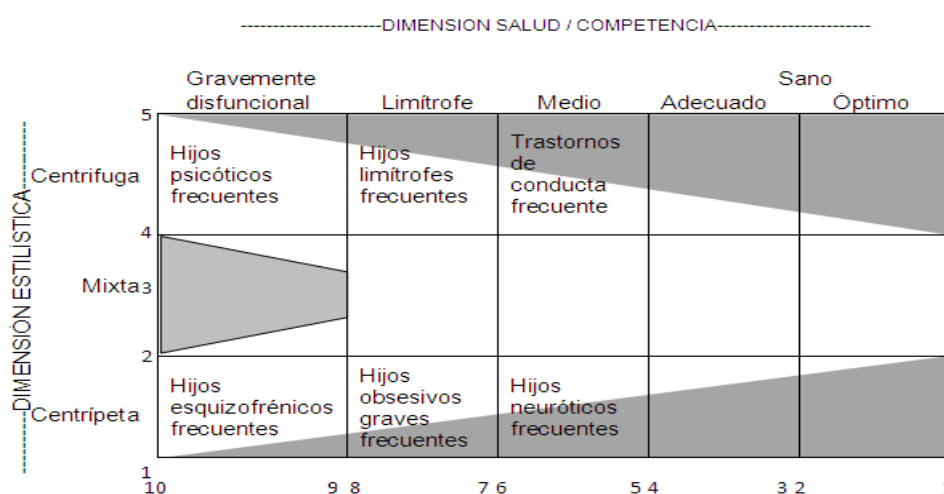


Figura 3. Modelo de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson (1995).

Cuando en observaciones clínicas surgen patrones persistentes y consistentes, como lo son los patrones familiares, de allí se pueden derivar hipótesis acerca de problemas que se hacen evidentes (trastornos emocionales, del ánimo, de conducta, etc.). Según Beavers y Hampson (1995); las familias con pacientes clínicos suelen estar ubicadas en cuanto a la dimensión de competencia familiar en un medio, limítrofe o disfuncional.

En el caso de la presente investigación, se hace referencia a patrones familiares específicos asociados a pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y un trastorno obsesivo compulsivo. De acuerdo con el modelo de Beavers y Hampson (1995), la competencia familiar permite diferenciar entre pacientes con trastornos de ansiedad generalizada y pacientes obsesivos compulsivos.

En cuanto a la dimensión de estilo, tanto el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo presentan un estilo centrípeto familiar; caracterizado porque los miembros de la familia buscan gratificación en el interior del grupo familiar; hay una observación constante de los miembros del grupo familiar y se interiorizan elementos conflictivos y/o emocionales (Beavers y Hampson, 1995).

En cuanto a la competencia familiar, las familias con un nivel de competencia medio poseen límites claros entre sus miembros y una limitada expresión de los sentimientos y las emociones; predominando los sentimientos ansiosos, deprimidos y coléricos, la indefensión y la culpa. Suelen tener algún grado de sentimiento emocional, y suelen producir descendientes diagnosticados como neuróticos, estructura de personalidad correspondiente a los pacientes con trastornos de ansiedad. Son familias cohesivas, en las cuales la gratificación de las necesidades emocionales recae en sus miembros; enfatizan en el comportamiento adecuado y niegan el conflicto; predomina la dependencia, el respeto a la autoridad y la manipulación de la misma. Los miembros interiorizan sus sentimientos sin expresar desacuerdo con la postura dominante (Hechfe y Tarbes, 1997). Se

esperaría entonces que familias con un nivel de competencia medio produzcan descendientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada.

Por otro lado, Colom y Quiles (2000), encontraron que en las familias donde existe un miembro con un trastorno de ansiedad generalizada, ha habido pérdidas significativas y recurrentes de algunos familiares cercanos al paciente o de algunos elementos significativos para el mismo. Adicionalmente, Colom y Quiles (2000) describen al funcionamiento familiar de dichos pacientes como sobreprotector, con un ambiente carenciado, con incoherencias educativas siendo éstas la base de las relaciones familiares. Ben-Noum (1998; cp. Rovella, 2008) encontró que los sujetos con el trastorno de ansiedad generalizada presentan de forma frecuente padres con una pobre relación de pareja, violencia física y verbal en el hogar; y dicha disfuncionalidad se encuentra más a menudo en pacientes de ansiedad generalizada de sexo femenino.

En las familias con un nivel de competencia limítrofe, el sistema oscila entre el caos y los intentos de control, presentándose constantes luchas de poder entre sus miembros. Las necesidades emocionales no son atendidas, ni las propias ni las de los demás; todo ello suele derivar en pacientes severamente obsesivos, quienes tratan de mantener el control a través de su patología. Los miembros controlan la ira y la rebelión a través de la interiorización y somatización; suelen haber coaliciones y triangulaciones (Hechfe y Tarbes, 1997). A partir de lo anterior, se puede decir entonces que las familias con un nivel de competencia familiar limítrofe tienden a producir descendientes diagnosticados con un trastorno obsesivo compulsivo.

En conclusión, de acuerdo a lo expuesto por Beavers y Hampson (1995), se puede suponer que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tienen familias centrípetas medias; y los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tienen familias centrípetas limítrofes.

Una vez expuesto el contenido teórico sobre la ansiedad, los trastornos de ansiedad y sus factores de riesgo; los rasgos de personalidad y la competencia familiar; y su relación con el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo; el objetivo general de la presente investigación será analizar si hay diferencias en los rasgos de personalidad sociabilidad, dominancia, responsabilidad, imaginación, rebeldía, individualismo, cumplimiento y la competencia familiar; entre grupos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes obsesivos-compulsivos.

III. MÉTODO

Problema

¿Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes obsesivos-compulsivos se diferencian de forma significativa en cuanto a rasgos de personalidad, (sociabilidad, dominancia, responsabilidad, imaginación, rebeldía, individualismo y cumplimiento) y la competencia familiar?

Hipótesis general

Pacientes con un trastorno ansioso obsesivo compulsivo tienen niveles en cuanto a los rasgos de personalidad y la competencia familiar significativamente diferentes que pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada.

Hipótesis específicas

- Los pacientes obsesivos-compulsivos obtienen puntuaciones más bajas en la escala de sociabilidad, que los pacientes con ansiedad generalizada.
- Los pacientes con ansiedad generalizada obtienen puntuaciones más bajas que los pacientes obsesivos-compulsivos en la escala de dominancia.
- Los pacientes obsesivos-compulsivos obtienen puntuaciones más altas que los pacientes con ansiedad generalizada en la escala de responsabilidad.
- Los pacientes obsesivos-compulsivos obtienen puntuaciones más bajas que los pacientes con ansiedad generalizada en la escala imaginación.
- Los pacientes obsesivos-compulsivos obtienen puntuaciones más bajas que los pacientes con ansiedad generalizada en la escala de rebeldía.

- Los pacientes obsesivos-compulsivos obtienen puntuaciones más altas que los pacientes con ansiedad generalizada en la escala de individualismo.
- Los pacientes obsesivo-compulsivos obtienen puntuaciones más altas que los pacientes con ansiedad generalizada en la escala cumplimiento.
- Los pacientes obsesivos-compulsivos tienen una competencia familiar limítrofe, mientras que los pacientes con ansiedad generalizada tienen una competencia familiar media.

Definición de las variables

Variable independiente:

Trastornos de Ansiedad (variable categórica con dos niveles): Se refiere a un nivel de la ansiedad muy alto, persistente en el tiempo; en el cual la persona se siente incapacitada ante muchas situaciones (Spielberger, 1989).

a) Trastorno de ansiedad generalizada:

Conceptual: Se refiere a la presencia de una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes y difíciles de controlar, y que se relacionan con ciertas actividades (el trabajo, la escuela, etc.) (Baron, 2002).

Operacional: Pacientes con diagnóstico previo de un especialista en salud mental, que coincida con el diagnóstico realizado a través una lista de chequeo de elección forzada elaborada a partir de los criterios del manual DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2003), donde el sujeto debe presentar de forma total los diez indicadores allí expuestos; excepto los ítems 3, 4 y 5 relacionados con el trastorno (Ver Anexo A).

b) Trastorno obsesivo-compulsivo:

Conceptual: La obsesión hace referencia a pensamientos, impulsos o representaciones recurrentes y persistentes, es decir, que regresan regularmente y que generan ansiedad. Mientras que la compulsión hace referencia a comportamientos repetitivos o actos mentales constantes como respuesta a una obsesión, bajo reglas previamente establecidas que tienen como objetivo disminuir la angustia causada por dicha obsesión (Baron, 2002).

Operacional: Pacientes con diagnóstico previo de un especialista en salud mental, que coincida con el diagnóstico realizado a través una lista de chequeo de elección forzada elaborada a partir de los criterios del manual DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2003), donde el sujeto debe presentar de forma total los seis indicadores allí expuestos relacionados con el trastorno (Ver Anexo A).

Variables dependientes:

Rasgos de personalidad: A partir del cuestionario de los 16 factores de la personalidad de Cattell, se eligieron aquellos rasgos que se espera que sean diferentes de forma significativa entre los pacientes con el trastorno de ansiedad generalizada y los pacientes con un trastorno obsesivo compulsivo. Se tomó cada rasgo seleccionado de forma independiente y cada uno constituye una variable (Ver Anexo C).

1. Sociabilidad (A)

Conceptual: Es el grado de implicación del sujeto en el ámbito social; es decir, tiene que ver con la descripción de sujetos fríos, minuciosos, precisos y poco apasionados o cálidos; ó, tolerantes generosos, abiertos y afables (Cattell, 1991).

Operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de los 16 factores de la personalidad de Cattell, con una variación de 10 puntos, en donde puntuaciones de 0-5 son reservados y de 6-10 son abiertos.

2. Dominancia (E)

Conceptual: Tiene que ver con la posición que ocupa en las relaciones interpersonales; es decir, si los sujetos son sumisos, débiles, conformistas; ó son dominantes, independientes, agresivos, competitivos, obstinados y dogmáticos (Cattell, 1991).

Operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de los 16 factores de la personalidad de Cattell, con una variación de 10 puntos, en donde puntuaciones de 0-5 son sumisos y de 6-10 son dominantes.

3. Responsabilidad (G)

Conceptual: Tiene que ver con el grado de adaptación del sujeto a las normas y códigos morales; es decir, son sujetos que no han interiorizado las normas sociales, despreocupados; ó, personas laboriosas, ordenadas, metódicas, perfeccionistas y autoexigentes (Cattell, 1991).

Operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de los 16 factores de la personalidad de Cattell, con una variación de 10 puntos, en donde puntuaciones de 0-5 son despreocupados y de 6-10 son escrupulosos.

4. Imaginación (M)

Conceptual: Tiene que ver con el grado de plasticidad e imaginación con que el sujeto se enfrenta a las diferentes situaciones; es decir, sujetos prácticos, poco convencionales, regulados por las necesidades externas, formales, correctas; ó, imaginativas, despreocupadas, creativas (Cattell, 1991).

Operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de los 16 factores de la personalidad de Cattell, con una variación de 10 puntos, en donde puntuaciones de 0-5 son prácticas y de 6-10 son imaginativos.

5. Rebeldía (Q1)

Conceptual: Hacer referencia a la actitud de un sujeto hacia el cambio; es decir, si sin sujetos precavidos, resistentes a los cambios radicales e inmovilistas; ó, liberales, experimentales y tolerantes con las ideas nuevas (Cattell, 1991).

Operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de los 16 factores de la personalidad de Cattell, con una variación de 10 puntos, en donde puntuaciones de 0-5 son conservadores y de 6-10 son analítico-críticos.

6. Individualismo (Q2)

Conceptual: Tiene que ver con la tendencia de un sujeto a trabajar en grupo o trabajar solo; es decir, sujetos dependientes del grupo, seguidores, que necesitan de la aprobación social; ó, sujetos llenos de recursos, autosuficientes, no dependientes del grupo y que prefieren sus propias decisiones (Cattell, 1991).

Operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de los 16 factores de la personalidad de Cattell, con una variación de 10 puntos, en donde puntuaciones de 0-5 son dependientes y de 6-10 son autosuficientes.

7. Cumplimiento (Q3)

Conceptual: Hace referencia al grado en que el sujeto se acerca a su yo ideal, como también la connotación emocional de este acercamiento; es decir, sujetos autoconflictivos, despreocupados de los protocolos y orientados por sus propias necesidades; ó, controlados, socialmente adaptados y atentos (Cattell, 1991).

Operacional: puntuaciones obtenidas en la escala de los 16 factores de la personalidad de Cattell, con una variación de 10 puntos, en donde puntuaciones de 0-5 son autoconflictivos y de 6-10 son controlados.

Competencia familiar:

Conceptual: Es la medida en la que la familia realiza de forma efectiva o no sus funciones de apoyo y sustento, estableciendo límites claros en cuanto a los niveles generacionales, y aportando figuras de liderazgo eficaces para lograr en sus miembros la separación y la autonomía propias de los diferentes niveles evolutivos de los hijos, negociar los conflictos y comunicarse de forma adecuada (Beavers y Hampson, 1995).

Operacional: Puntuación obtenida en la escala de competencia familiar donde una puntuación de uno o dos ubica a la familia en una dimensión de competencia óptima, puntuación de tres o cuatro ubican a la familia en una dimensión de competencia adecuada, puntuaciones entre cinco y seis arrojan una competencia de tipo medio, puntuaciones de siete y ocho puntos reflejan una competencia de tipo limítrofe y por último, puntuaciones de nueve o diez reflejan una competencia gravemente disfuncional (Beavers y Hampson, 1995).

Variables a controlar

Diagnósticos de los pacientes: dicha variable se controló a través de la igualación; es decir, se homogeneizó la selección de los sujetos diagnosticados previamente a partir de los criterios del DSM-IV o CIE-10. Todos los sujetos que fueron referidos por las instituciones, fueron reevaluados con una lista de chequeo que incluye los criterios en común de los manuales diagnósticos DSM-IV y CIE-10 para corroborar el diagnóstico previo. Con ello, se obtuvo una selección de los sujetos estandarizada, es decir, una selección de sujetos bajo los mismos criterios.

En cuanto a la comorbilidad, fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron otros trastornos del espectro ansioso que pueden llevar al mismo a pertenecer de forma simultánea a los dos grupos en el análisis de resultados; trastornos psicóticos que limitan el estado de conciencia y curso de pensamiento; y retardo mental o algún tipo de alteración intelectual que impidiera la comprensión y respuesta del sujeto a los instrumentos. Adicionalmente, dado que son pacientes asistenciales, es decir que van al centro de salud mental a recibir algún tipo de tratamiento, se consideró la posible remisión de algunos síntomas y se incluyó al paciente que reportó presentar dichos síntomas al momento de ingresar a la institución.

Administración de los instrumentos: Se controló la administración a partir de la estandarización. En primer lugar, se le solicitó al paciente la participación voluntaria en el estudio, explicándole la utilidad clínica del mismo y cuál es el procedimiento a realizar una vez que ha aceptado participar. Se le solicitó en primera instancia sus datos de identificación, y en forma de entrevista semi-estructurada se administraron las listas de chequeo para el trastorno; una vez corroborado la presencia del trastorno; se administró primero la Escala de Personalidad de los 16 Factores de Cattell, y posteriormente el Inventario de Autoreporte Familiar de Beavers. Se leyeron las instrucciones de igual forma y en voz alta para todos los sujetos y se aclaró cualquier duda que pudo presentarse. La administración se realizó de forma individual a cada paciente. El lugar de evaluación contó con suficiente luz y ventilación, así como un lugar o instrumento de apoyo y una silla que aseguraron la comodidad del sujeto mientras respondía a los cuestionarios.

Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación que se desarrolló es no experimental ya que no se manipuló la variable independiente, en este caso los trastornos de ansiedad, debido a que ya se encontraban presentes en los sujetos o porque no son inherentemente manipulables (Kerlinger y Lee, 2002). Así mismo se reconoce como un estudio ex post facto, donde la variable

independiente ya se ha dado en la muestra de forma previa al momento de la medición (Sierra, 1988).

El diseño de investigación fue de corte transversal, es decir, los datos fueron recolectados en una unidad de tiempo particular; y de tipo explicativo, con lo que a partir de la presencia de algunos de los dos trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada u obsesivo-compulsivo), se esperaba que los sujetos contaran con ciertos rasgos de personalidad que lo diferenciaron de forma significativa del otro grupo de pacientes (Kerlinger y Lee, 2002). Para Ritchey (2004), la comparación o comprobación de diferencias de medias (análisis por T de Student) es una forma de medir una relación entre dos variables, es decir, la forma en la que una variable al cambiar, influye en el cambio de otra, por ello considera la T de Student como un análisis paramétrico de tipo bivariado, lo que significa que incluye dos variables y permite una predicción posterior.

Población y muestra

Población: pacientes de sexo masculino y femenino a partir de los 18 años de edad diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo que estén siendo tratados en los centros de salud de la ciudad de Caracas (Venezuela) en el momento en que se acudió a dichos centros.

Muestra: 44 sujetos con diagnóstico de trastornos de ansiedad entre 19 y 71 años con una edad promedio de 39,41, de los cuales 23 pertenecieron al grupo de pacientes con un diagnóstico de ansiedad generalizada (52,3%) y 21 fueron pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo (47,7%). En cuanto al sexo de los sujetos, 30 eran de sexo femenino (64,7%) de las cuales 11 tenían un diagnóstico obsesivo compulsivo y 19 de ansiedad generalizada; y 14 de sexo masculino (35,3%) de los cuales 4 poseían un diagnóstico de ansiedad generalizada y 10 de obsesivo compulsivo. Meltozff (2000) expresa que una muestra de 20 o 30 sujetos por grupos ya es

suficiente para obtener resultados significativos y aproximarse a una distribución normal como regla estadística.

La muestra fue seleccionada a partir de un muestreo no probabilístico, de forma intencional, homogénea y restringida; es decir, a conveniencia del objetivo de investigación se restringe la selección a un grupo de sujetos con características particulares (Meltzoff, 2000). El procedimiento por el cual fue seleccionada la muestra, fue primeramente del contacto con distintos centros asistenciales de salud mental en Caracas-Venezuela (Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, el Hospital Psiquiátrico de Caracas, la Unidad de Psicología Luis Azagra, Clínica El Cedral, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S), Fundación Humana, Fundación En Persona, Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano (CADH), Hospital Dr. José María Vargas, Instituto Pedagógico de Caracas (Unidad de Desarrollo y Bienestar Estudiantil), Hospital Psiquiátrico del Este El Peñón, y consultas privadas de algunos profesionales en el área de psicología clínica y la psiquiatría); contacto que se realizó a partir de expertos en el ámbito de psicología clínica que trabajan para dichas instituciones y que fueron recomendados por la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello. Una vez establecido el contacto con la institución la selección de los sujetos y la recolección de los datos fueron según la normativa de la institución.

Instrumentos

Cuestionario de los 16 Factores de la Personalidad de Cattell:

Es un cuestionario compuesto por 187 reactivos que poseen 3 opciones de respuesta. El sujeto selecciona la que más se asemeja a sí mismo. Dichos reactivos se agrupan en 16 escalas de primer orden que conforman características de personalidad primarias. Existen además 2 escalas que miden la confiabilidad de las respuestas del sujeto y su resistencia o defensividad ante la prueba, así como la simulación. Cada una

de las escalas se puntúa en un continuo de 10 puntos, donde 1 es menos del rasgo en cuestión y 10 es más. Una vez puntuadas todas las escalas en los continuos, se traza un perfil de personalidad (Seisdedos, 1994) (Ver Anexo C).

En cuanto a la confiabilidad, Rivera (1996), reporta una confiabilidad global test-retest de $rtt = 0,84$ con un rango de $\pm 0,9$, con una media de $rtt = 0,87$, indicador que se considera adecuado. Dicha evaluación se realizó con una muestra de 204 sujetos, de los cuales 77 eran de sexo masculino y 127 de sexo femenino. El intervalo entre una aplicación fue de dos semanas de separación. Los coeficientes de confiabilidad según las escalas se mantuvieron entre un rango de $rtt = 0,69$ (inteligencia, factor B) y $rtt = 0,89$ para el factor de segundo orden Q2 (individualismo) (Rivera, 1996).

El mismo autor (Rivera, 1996), reporta que en una muestra de 159 estudiantes universitarios (34 de sexo masculino y 125 de sexo femenino), con una edad media de 18,8 años y un tiempo de escolarización medio de 12,6; se encontró una confiabilidad test-retest con 2 meses de intervalo entre una aplicación y otra de $rtt = 0,78$, con un intervalo de seguridad entre 0,70 y 0,82. El factor con un menor índice de confiabilidad fue diplomacia (factor L) con un $rtt = 0,56$; y el factor con mayor confiabilidad fue timidez (factor H).

Así mismo, Espinar, Díaz, Sánchez, Blánquez, Torres y Villegas (1997), realizaron un estudio con el objetivo de investigar los factores específicos de personalidad en pacientes con anorexia nerviosa versus pacientes con desórdenes de ansiedad, y sujetos normales (grupo control). La muestra estuvo conformada por mujeres; 30 sujetos normales, 31 pacientes con anorexia nerviosa y 30 pacientes con ansiedad generalizada; todos con la misma edad y nivel socioeconómico. Todos los diagnósticos fueron corroborados a partir de los criterios del CIE-10. Realizaron un ANOVA para muestras independientes, encontrando que no hay diferencias significativas en los pacientes con ansiedad generalizada y los pacientes

con anorexia nerviosa. Resulta relevante para la presente investigación resaltar las diferencias significativas encontradas entre los pacientes con ansiedad generalizada y los sujetos normales en el factor ansiedad ($\alpha=0,04$), fuerza del ego con un $\alpha=0,03$, autocontrol con un $\alpha=0,03$, confianza ($\alpha=0,02$), conservadurismo ($\alpha=0,04$), energético ($\alpha=0,003$), socialización ($\alpha=0,05$), súper ego ($\alpha=0,04$) y tranquilidad ($\alpha=0,005$). A partir de esta investigación, se puede decir que el Cuestionario de los 16 factores de personalidad de Cattell fue utilizado en muestras clínicas y logra discriminar entre sujetos normales y sujetos con un trastorno.

La primera escala o factor A, hace referencia al grado de implicación del sujeto en el ámbito social; es decir, si se describe al sujeto como frío y distante en sus relaciones interpersonales; o más bien tiende a ser cálido, participativo y con sentimientos de afinidad por las personas. El factor B, hace referencia a la forma de razonamiento de las personas; es decir al grado de practicidad o de abstracción con que el sujeto percibe y se aproxima al mundo. El factor C (estabilidad emocional) hace referencia a la forma en la que el sujeto maneja sus emociones y el grado en el que siente satisfacción o insatisfacción por el área emocional. El factor E, tiene que ver con la posición que ocupa el sujeto en las relaciones interpersonales, es decir, si tiende a dominar en las relaciones y a exponer de forma agresiva y/o competitiva su punto de vista; o más bien tiende a la sumisión y a la adaptación de sí mismo a los intereses de los demás (Cattell, 1991).

Así mismo, el factor F hace referencia a la forma de aproximación del sujeto, es decir, si se mantiene más alejado y retraído dando una impresión de sobriedad y seriedad; o más bien tiende a ser entusiasta y espontáneo en sus interacciones. El factor G por su parte, tiene que ver con el grado de adaptación del sujeto a las normas y códigos morales; por lo que un sujeto con baja puntuación en esta escala tenderá a experimentar y transgredir las normas sociales en búsqueda de sensaciones, mientras que puntuaciones altas nos dan luces de una persona moralista y hasta conformista. El factor H, hace alusión a la respuesta emocional que tiene el sujeto ante las

situaciones, si se muestra inhibido e intimidado; o más bien tiende a la espontaneidad y a la responsividad emocional adecuada (Cattell, 1991).

Adicionalmente, el factor I alude a la forma de percepción del sujeto de su entorno, es decir, si tiende más a la intuición y las sensaciones; o más bien se apega de forma rígida a la realidad. El factor L hace referencia al grado de aceptación de las personas antes las condiciones impuestas, si es capaz o no de formar equipos de trabajo y ser abierto a diferentes tendencias; o más bien solo tiende a considerar su propia opinión y a ver con escepticismo la opinión de los demás. El factor M está orientado al grado de practicidad o imaginación con el que un sujeto se enfrenta a las diferentes situaciones. El factor N por su parte, trata del grado de naturalidad y apertura versus el grado de diplomacia y cinismo con el que una persona se aproxima al entorno social. El factor O, está referido al grado de aprehensión y libertad de expresión con el que una persona puede sentirse o no satisfecha, así como el grado de seguridad que la misma siente. Finalmente se encuentran las escalas Q1, Q2, Q3 y Q4, que hacen referencia al conservadurismo o experimentalismo, al seguimiento y orientación por los grupos sociales o la autosuficiencia, al grado de ajuste y desajuste, así como la precisión, control social y al nivel de relajación o tensión del sujeto, respectivamente (Cattell, 1991).

En cuanto a la validez del cuestionario de los 16 factores de Cattell, específicamente en referencia a la validez de constructor; Pérez, Cupani y Beltramino (2004), obtienen una estructura factorial de 16 factores de primer orden y 5 factores de segundo orden tal como lo propone Cattell, en una muestra de 49 estudiantes, de los cuales 10 son hombres y 39 son mujeres, con una edad media de 24,5 años pertenecientes a Córdoba, Argentina. Así mismo, Aluja y Blanch (2003), en una muestra de 636 estudiantes de psicología americanos y españoles (288 hombres y 348 mujeres) con una edad media de 25,09 años, reportan que en cuanto a los factores de segundo orden, se obtienen matrices factoriales de 5 y 6 factores mediante el uso de la rotación oblicua, a partir de los 16 factores primarios del

cuestionario. La medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación muestral fue de 0,71 y el test de esfericidad de Bartlett fue de 0,71 con un χ^2 aproximado de 2452,03 (120 gl; $p < 0,001$). La solución de 5 factores explicó el 61,31% del total de la varianza, un porcentaje bastante alto y adecuado dentro del área de psicología, (F-I: 19,40%; F-II: 15,62%; F-III: 10,56%; F-IV: 8,59%; y F-V: 6,14%). La solución de 6 factores explicó el 67,79% del total de la varianza, (F-I: 19,40%; F-II: 15,62%; F-III: 10,56%; F-IV: 8,59%, F-V: 7,14%; F-VI: 6,48%).

Listas de chequeo de los trastornos de ansiedad

Lista de chequeo de elección forzada (se presenta / no se presenta el criterio) elaborada a partir de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y el Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedad (CIE-10) para cada uno de los trastornos de ansiedad evaluados. Dicho instrumento cumple la finalidad de corroborar el diagnóstico previo con el que se presentó el sujeto al momento de medir las variables independientes (Ver Anexo A).

Las listas de chequeo se conformaron por los criterios que son únicamente comunes en ambos manuales (DSM-IV y CIE-10) para cada uno de los trastornos, de forma tal de que las diferencias en los pacientes por la utilización de criterios diferentes en el diagnóstico, se vean minimizadas y no influya en los resultados. La instrucción fue igual para las dos listas de chequeo referidas y se presenta en tiempo pasado y presente, para que el sujeto logre identificarse con los ítems, aún cuando desde el momento del diagnóstico haya pasado un lapso largo o corto de tiempo. La inclusión en la muestra se hizo cuando se logró la coincidencia con el diagnóstico brindado por la institución para cada paciente, así como el diagnóstico derivado de dichas listas. La administración se hizo verbalmente, en forma de entrevista semi-estructurada, donde se hizo mención a los criterios utilizando un lenguaje que pudiera comprender el paciente, e indagando según fue necesario para confirmar o no la presencia del criterio diagnóstico.

El proceso de elaboración de las listas se inició con la opinión de jueces expertos en el área de psicología clínica, quienes consideraron la idea de realizarlas con criterios comunes para ambos manuales y aplicarla de forma verbal. Una vez elaboradas se sometieron de nuevo a juicio experto por profesionales en el área de psicología clínica y metodología (5 jueces) de forma tal de garantizar una buena estructuración, redacción y validez de las mismas. Se consideraron las correcciones y modificaciones así como las justificaciones de las mismas, hasta llegar a la versión final (Ver Anexo A).

La lista de chequeo para pacientes con un trastorno de ansiedad obsesivo-compulsivo constó de seis ítems; y el sujeto debía cumplir con la totalidad de los criterios. Finalmente, la lista de chequeo para pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada constó de diez ítems, el sujeto debía cumplir con todos los criterios, excepto los ítems 3, 4 y 5, para ser considerado un paciente con dicho trastorno.

Escala de Autoreporte Familiar de Beavers (SFI):

El Inventario de Autoreporte Familiar de Beavers (SFI) es un instrumento que tiene como objetivo evaluar la percepción de un individuo sobre el funcionamiento de su familia. Es una escala tipo Likert compuesta por 36 ítems, que mide cinco áreas del funcionamiento familiar; de las cuales, solo la dimensión salud/competencia permite discriminar entre los trastornos. (Ver Anexo B):

1. Salud/competencia (19 ítems): Es el grado en el cual la familia logra proveer apoyo y educación, promover el desarrollo de la autonomía de sus descendientes, establecer un liderazgo efectivo, establecer los límites entre las generaciones, tener la capacidad para comunicarse efectivamente, y para negociar conflictos (Beavers y col., 1995; cp. Hechfe y Tarbes, 1997); por lo que evalúa temas como la resolución de problemas y las habilidades de negociación, optimismo, amor familiar, felicidad, las fuerzas de las coaliciones paternas, las fuerzas de las coaliciones padre-hijo, los patrones

mínima culpabilización/aumento de la responsabilidad y el énfasis en autonomía/individualidad. Se calcula sumando las puntuaciones en todos los ítems que integran esta escala. El rango de variabilidad para la escala de competencia es de 0 a 95 puntos; a mayor puntaje en esta escala, menor grado de competencia familiar y viceversa para puntajes bajos (Hachfe y Tarbes, 1997). Los ítems que componen esta dimensión son: 2, 3, 4, 6, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 33, 35 y 36 (Beavers y Hampson, 1995).

2. Conflicto (12 ítems): Es el nivel en el que en la familia hay conflictos abiertos no resueltos, peleas, discusiones y culpabilizaciones; así como la capacidad de negociar y aceptar la responsabilidad individual en la resolución de los problemas (Beavers y col., 1995; cp. Hechfe y Tarbes, 1997). Esta escala indica el nivel de conflicto en la familia. A mayor puntaje, mayor grado de conflicto. En esta escala, las puntuaciones varían entre 5 y 60, en donde 5 indica un nivel inferior de conflicto y 60 un alto nivel de conflictividad. Los ítems que conforman esta escala son: 5, 6, 7, 8, 10, 14, 18, 24, 25, 30, 31 y 34 (Beavers y Hampson, 1995).

3. Cohesión (5 ítems): Es el grado en el que la unión y la cercanía familiar genera felicidad y satisfacción (Beavers y col., 1995; cp. Hechfe y Tarbes, 1997). Los ítems incluidos en esta escala son los que mayor información aportan para obtener el estilo familiar, es decir, si son familias centrípetas o centrífugas. Así mismo, hacen referencia al nivel de satisfacción dentro del grupo familiar, y al sentimiento de bienestar que perciben cuando los miembros están juntos. Esta escala tiene una variación de 25 puntos, donde a menor puntaje, mayor grado de cohesión familiar. Los ítems que conforman esta escala son: 2, 15, 19, 27 y 36 (Beavers y Hampson, 1995).

4. Expresividad (5 ítems): Es la facilidad con que los miembros de la familia expresan sentimientos de calidez y cuidado, como también la expresión verbal o física de sentimientos positivos; y la percepción de qué tan cercanos se encuentran los miembros de la familia (Beavers y col., 1995; cp.

Hechfe y Tarbes, 1997). Incluye la facilidad con la que los miembros de la familia logran mostrar sus emociones. Tiene una variación de 25 puntos; donde a menor puntaje, mayor grado de expresividad emocional familiar. Los ítems que conforman dicha escala son: 1, 9, 13, 20 y 22 (Beavers y Hampson, 1995).

5. Liderazgo (3 ítems): Es el grado en el cual los patrones de liderazgo de los adultos de la familia son fuertes y consistentes (Beavers y col., 1995; cp. Hechfe y Tarbes, 1997). Evalúa el liderazgo dentro de la familia como un patrón constante que puede ser ejercido por uno o más miembros del grupo. A menor puntaje en esta escala, mayor grado de liderazgo. Tiene una variación de quince puntos. Los ítems que conforman esta escala son: 8, 16 y 32 (Beavers y Hampson, 1995).

Estilo: Se refiere a los vínculos que mantienen entre sí los miembros familiares; al grado de unión presente entre ellos, el cual oscila entre familias cohesivas (polo centrípeto) y familias desarticuladas (polo centrífugo) (Beavers y col., 1995; cp. Hechfe y Tarbes, 1997). Es una combinación de las cinco escalas anteriormente mencionadas, una estimación global de la dinámica del grupo familiar. Se aplica la formula expuesta anteriormente (*Ver Figura 1*), y se obtiene una puntuación que va de 1 a 5, donde 1 y 2 hacen referencia a una familia centrípeta, 3 a una familia de estilo mixta y 4 y 5 a una familia con un estilo centrífugo.

Funcionamiento familiar: es una combinación del estilo familiar y la salud o competencia familiar. Dicha combinación arroja nueve cuadrantes de funcionamiento familiar en las cuales se va a ubicar el sujeto de acuerdo a la puntuación que tuvo en estilo y competencia (*Ver Figura 2*).

Los sujetos califican cada ítem en una escala de 5 puntos que va desde 1 (encaja muy bien con nuestra familia) a 5 (no encaja con nuestra familia) (Beavers, Hampson y Hulgus, 1999). La confiabilidad de dicha escala reportada por Beavers et al. (1985; cp. Beavers, Hampson y Hulgus, 1990) varía entre 0,84 y 0,88. Adicionalmente, Feyre y Giraud (2004, cp.

Arismendi y Ramirez, 2009), encontraron un coeficiente Kappa de 0,76 y un Alfa de Crombach de 0,88. En una muestra de adolescentes venezolanos, Correia y Rodríguez (2004, cp. Arismendi y Rodríguez, 2009) encontraron un coeficiente alpha de Crombach de 0,86; y Arismendi y Ramirez (2009), obtuvieron un alpha de Crombach de 0,91, esto indica que el instrumento posee altos niveles de confiabilidad, es decir, que la medición de dicha variable (funcionamiento familiar) en varias oportunidades para un mismo sujeto, obtendrá resultados iguales o similares.

En relación a la validez del instrumento, es decir, el grado en que es adecuado para medir la percepción de los miembros de la familia acerca de la competencia familiar, Arismendi y Ramírez (2009), realizaron un análisis de validez de la escala utilizando un análisis factorial, que arrojó 5 factores que explican el 48,33% de la varianza verdadera. El primer factor hace referencia a la escala de conflicto explicando el 29,9% de varianza, el segundo son las relaciones familiares y explica el 6,3% de varianza, el tercer factor se refiere a la afectividad y explica un porcentaje de varianza verdadera de 4,81, el cuarto y el quinto factor son la confusión y la independencia que explican el 3,9% y el 3,3% de varianza verdadera respectivamente.

Así mismo, Beavers y Hampson (2000) reportan que el instrumento logra discriminar familias clínicas de las no clínicas con un alto grado de consistencia ($r = 0,61$).

Procedimiento

Inicialmente, se contactó a los centros de salud mental de los cuales se obtuvo la muestra; entre ellos, el Hospital de Psiquiátrico del Este “El Peñón”, el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, el Hospital Psiquiátrico de Caracas, la Unidad de Psicología Luis Azagra, Clínica El Cedral, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S), Fundación Humana, Fundación En Persona, Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano (CADH), Hospital Dr. José María Vargas, Instituto Pedagógico de Caracas

(Unidad de Desarrollo y Bienestar Estudiantil), Hospital Periférico de Coche y consultas privadas de algunos profesionales en el área de psicología clínica y la psiquiatría. El contacto con estas instituciones se realizó a través de los profesores de la Escuela de Psicología que laboran en las mismas y asistiendo a dichos centros aún cuando no había contacto previo con los mismos.

Una vez que la institución aprobó la aplicación de los instrumentos, se realizó una exploración de las historias clínicas y listas de control de los pacientes para identificar a los posibles sujetos a incluir en la muestra, y se les citó o se asistió a la institución el día en el que el paciente tenía consulta con el profesional tratante. Se le pidió autorización a los sujetos, aclarando que su participación es voluntaria. Una vez aceptado, se aplicaron los instrumentos al paciente. La aplicación se realizó por los investigadores que optan por el título de psicología a través del presente trabajo de grado. Dicha aplicación se realizó de manera individual, en los consultorios o centros asistenciales, cuando el paciente asistía a la cita.

La información obtenida se analizó a través del SPSS en su versión 17.5 para obtener información del comportamiento de los datos a partir de un análisis exploratorio. Posteriormente se procedió a realizar un análisis de grupos independientes a través de una *t* de Student para muestras independientes, de forma tal de responder al problema de investigación y observar si existen diferencias significativas entre los grupos de pacientes, en cuanto a los rasgos de personalidad mencionados y la competencia familiar.

Una vez realizado todos los procedimientos estadísticos necesarios, se procedió a elaborar las conclusiones acerca de las diferencias y semejanzas encontradas entre los dos grupos de pacientes con trastornos de ansiedad en función de las variables independientes; y a la reconsideración de la teoría desde la cual se posicionaron los investigadores al comienzo del proceso científico, elaborando explicaciones acerca de los

resultados y dejando abiertas preguntas y aspectos futuros a desarrollar para próximas investigaciones relacionadas con el texto.

Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) en su versión más actual (17.0).

Inicialmente se procedió con la construcción de la base de datos, utilizando una columna por cada variable, nivel de la variable o ítem de las escalas. Las variables son: 16 rasgos de personalidad, las cuales son variables continuas, donde cada sujeto obtiene un puntaje del 1 al 10; la competencia familiar, una variable continua con una puntuación del 1 al 10 donde 1 hace referencia a un funcionamiento óptimo o sano y 10 hace referencia a un funcionamiento disfuncional o grave. Los trastornos de ansiedad, la cual es una variable categórica de dos niveles, siendo 2 trastorno de ansiedad generalizada, y 3 trastorno obsesivo compulsivo.

Una vez que se ingresó el total de los datos se procedió a realizar un análisis de frecuencias de forma tal de detectar y depurar errores en la introducción de los datos. Posteriormente se procedió con un análisis descriptivo de los datos, con el fin de describir el comportamiento de las variables a través de gráficos y tablas que arrojan la media, la mediana, el modo, asimetría, kurtosis y desviación estándar, según corresponde para cada variable, que permitieron identificar los casos extremos así como los casos atípicos, que de alguna manera pueden afectar la validez de la clasificación de los sujetos dentro de la categorías.

El análisis de la confiabilidad y la validez de las escalas utilizadas no procede en la investigación; ello se debe al bajo número de sujetos dentro de la muestra que impide el cumplimiento de los supuestos para análisis de tipo paramétrico, que exigen los análisis de confiabilidad (alpha de Crombach, o correlaciones) o de validez (análisis factorial); limitación que se compensó a partir de los hallazgos de validez y confiabilidad expuestos

en investigaciones que hacen uso de los instrumentos; como también la utilización de los instrumentos en muestras clínicas; incluyendo pacientes con trastornos de ansiedad.

Se procedió a realizar un análisis *t* de Student para muestras independientes, el cual es categorizado como un análisis de tipo paramétrico, con el que se buscan comparar las medias de cada grupo en función de cada una de las variables numéricas o factores, y corroborar si difieren o no significativamente. Se utilizó un análisis por *t* Student para muestras independientes, debido que es el que se adecua de forma más exacta con el objetivo de investigación; es decir, explorar en que rasgos de personalidad y niveles de competencia familiar difieren significativamente dos grupos de pacientes con trastornos de ansiedad: ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo.

Consideraciones éticas

En el presente estudio, se consideraron los siguientes aspectos éticos a partir de Cordero (1997):

En primer lugar, se debió informar al sujeto participante en la investigación cuál era su papel dentro de la misma y aclarar de antemano que su participación era voluntaria. Así mismo, tal como se expuso anteriormente, el fin último del presente estudio es mejorar dentro del ámbito clínico, el proceso diagnóstico de pacientes con trastorno de ansiedad, así como lograr la prevención de una forma más efectiva, lo que justifica el uso de una muestra de sujetos humanos para objetivos preventivos. Se garantizó a los sujetos participantes que su inclusión dentro del estudio no implicaría ningún tipo de riesgo o daño psicológico o físico (Cordero, 1997).

De igual forma, la investigación que se llevó a cabo se basa en fundamentación teórica previa y sustentos empíricos, tal como lo establece el código de Nuremberg. Así mismo, la presente investigación fue llevada a cabo por estudiantes de Psicología, que han contado con una formación

integral dentro del área y que manejan principios éticos y conocimientos derivados del método científico. Además, si se hubiese llegado a observar algún daño a algunos de los participantes causados por alguno de los instrumentos, se hubiese cancelado su aplicación y se garantizaría al sujeto el tratamiento necesario para la recuperación de dicho percance (Cordero, 1997).

Derivado del proceso de medición y análisis de los datos, se procedió con la interpretación cautelosa de los resultados sin caer en aseveraciones no sustentadas. A su vez, los instrumentos utilizados son propios para responder los objetivos de investigación y no se aplicó ningún otro instrumento que fuese innecesario a la luz del estudio planteado. Por otro lado, se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos, como de las etiquetas diagnósticas colocadas a los sujetos; siendo esta información únicamente revelada para los fines de la investigación (Cordero, 1997).

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se procederá a la descripción del comportamiento de los sujetos evaluados en cada una de las escalas del Cuestionario de los 16 Factores de la Personalidad de Cattell y en el Cuestionario de Autoreporte Familiar de Beavers a partir del cálculo de los estadísticos descriptivos:

En el factor A (sociabilidad), se encontró que los sujetos obtuvieron una puntuación mínima de 3 y una puntuación máxima de 18 dentro de un rango de 0 a 20 en puntaje bruto. La media con respecto a dicho factor es de 10,36 equivalente a una puntuación estándar de 5 puntos; lo que significa que los sujetos con un trastorno de ansiedad generalizado u obsesivo-compulsivo tienden a un equilibrio entre ser reservados, es decir, poca apertura a las relaciones interpersonales con cierto grado de frialdad y precisión; y ser abiertos en las relaciones sociales y el contacto con extraños. La desviación estándar obtenida es de 3,49 ($CV = 33,6\%$) por lo que la distribución es moderadamente heterogénea. La distribución es simétrica ($As = 0,003$) y levemente apuntalada ($K = 0,235$).

En el factor B (inteligencia), los sujetos en general obtuvieron una puntuación mínima de 1 y una puntuación máxima de 11, en un rango posible que va de 0 a 13 en puntaje bruto; con una puntuación media de 5,54 equivalente a una puntuación estándar de 6; lo que significa que el nivel intelectual tiende a ser promedio o igual a la mayor parte de la población. La desviación estándar obtenida es de 2,60 ($CV = 46,93\%$), lo que resulta en una moderada heterogeneidad de la muestra en este sentido. La distribución tiende a ser simétrica y aplanada ($As = 0,18$ y $K = -0,52$ respectivamente).

El factor C, referido a la estabilidad emocional del sujeto en distintas situaciones, y el grado en el que la persona es perturbada por los sentimientos; obtuvo una puntuación mínima de 1 y una puntuación máxima de 24, con un rango posible de 0 a 26 en puntaje bruto; con una puntuación

media de 12,06 equivalente a una puntuación estándar de 3; es decir, son pacientes con altos niveles de emocionalidad y dificultades para adaptar su conducta a la realidad de la situación. La distribución es moderadamente heterogénea ($SD= 4,79$ y $CV= 39,71\%$), con tendencia a la asimetría y levemente leptocúrtica ($As= 0,363$ y $K= 0,181$).

En el factor E (dominancia), las puntuaciones estuvieron entre 3 y 19, dentro de un rango posible de 0 a 26 en puntaje bruto; con una media de 11,52, equivalente a una puntuación estándar de 7; es decir, hay una tendencia a ser independiente y competitivo. La desviación estándar para este factor fue de 3,69 ($CV= 32,03\%$), lo que indica un cierto grado de heterogeneidad. La distribución tiene forma levemente asimétrica ($As= 0,256$) coleada hacia los valores más altos y mesocúrtica ($K= 0,02$).

En el factor F (impetuosidad), relacionado con el control de impulsos, se obtuvieron puntuaciones entre 4 y 20, dentro de un rango posible de 0 a 26 en puntaje bruto; con una puntuación media de 11,31 lo que equivale a una puntuación estándar de 4; es decir, hay una cierta tendencia a la poca adaptación a los problemas y dificultades con el control de los impulsos. La desviación típica en este caso es de 3,88 con un coeficiente de variación de 34,30%, lo que indica que la distribución es moderadamente heterogénea. Adicionalmente, la distribución tiende a la asimetría y es platicúrtica ($As= 0,21$ y $K= -0,437$ respectivamente).

El factor G (responsabilidad) tiene que ver con el nivel de preocupación que embarga un sujeto y el trato que mantiene para el manejo de las diferentes situaciones. Los sujetos obtuvieron una puntuación que va desde 6 a 20, con un rango posible de 0 a 20 en puntaje bruto; con una media de 13,52 lo que equivale a una puntuación estándar de 6; es decir, hay una cierta tendencia a respetar las normas y a conformarse con los ideales del grupo normativo. La desviación estándar en este caso fue de 2,98 ($CV= 22,04\%$), lo que indica que la distribución es levemente

heterogénea. Así mismo, se obtuvo una asimetría de -0,33 y una kurtosis de 0,28 que indican una distribución coleada hacia los valores más bajos y leptocúrtica.

El factor H (timidez), asociado al nivel de inhibición o desinhibición que tiene una persona ante las situaciones sociales. Para los sujetos, las puntuaciones se encontraron entre 3 y 24, dentro de un rango posible que va de 0 a 26 en puntaje bruto; con una puntuación media de 13,15 equivalente a una puntuación estándar de 4; es decir, son capaces de iniciar interacciones con extraños pero con cierto grado de reserva. La distribución es medianamente heterogénea ($SD= 5,79$ y $CV= 44,03\%$), levemente asimétrica ($As= 0,17$) y platicúrtica ($K= -1,023$).

Con respecto al factor I (sensibilidad), hace referencia a la sensibilidad y firmeza del sujeto con las que se muestra ante los demás. Los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 6 y 20, dentro de un rango posible que va de 0 a 20 en puntaje bruto; con una puntuación media de 12,97, equivalente a una puntuación estándar de 7; lo que indica que tienden a ser personas impacientes, inmaduras, dependientes y deseosas de atención. La distribución es ligeramente heterogénea ($SD= 3,47$ y $CV= 26,75\%$), levemente asimétrica coleada hacia los valores más bajos ($As= -0,17$) y tiende a ser platicúrtica ($K= -0,67$).

Seguidamente, el factor L (suspición), hace referencia al nivel de confianza que el sujeto presenta con las demás personas. Las puntuaciones obtenidas están entre 3 y 20, con un rango posible en puntaje bruto que va de 0 a 20; con una puntuación media de 10,5 (puntuación estándar= 7); es decir, tienden a ser desconfiados y vigilantes en los intercambios sociales, tendiendo a ser hostiles e interpretando la realidad de una forma egocéntrica y a partir de detalles. La distribución en este caso es moderadamente heterogénea ($SD= 3,55$ y $CV= 35,52\%$), levemente asimétrica ($As= 0,14$) y leptocúrtica ($K= 0,39$).

En el factor M (Imaginación) obtuvieron una puntuación entre 3 y 16, con un rango posible en puntuación bruta que va de 0 a 26; con una media de 11,31, equivalente a una puntuación estándar de 6; lo que significa que tienden a ser personas poco prácticas, abstractas, orientadas a las ideas y pasivas. La distribución en este caso es levemente heterogénea ($SD= 2,93$ y $CV= 25,90\%$), asimétrica coleada hacia los valores más bajos ($As= -0,48$) y tiende a ser mesocúrtica ($K= 0,10$).

El factor N llamado diplomacia, tiene que ver con el nivel de franqueza, astucia y espontaneidad que se evidencia en la conducta de una persona. Los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 6 y 18, con un rango posible en puntaje bruto que va de 0 a 20; con una media de 11,47 y una puntuación estándar de 6; es decir, tiende a haber un equilibrio entre ser reservado y ser espontáneo y abierto. La distribución en este caso es levemente heterogénea ($SD= 2,68$ y $CV= 23,36\%$), levemente asimétrica coleada hacia los valores más altos y ligeramente platicúrtica ($As= 0,30$ y $K= -0,16$ respectivamente).

En el factor O (seguridad), los sujetos obtuvieron puntajes entre 6 y 24, con un rango posible en puntaje bruto que va de 0 a 26; con una media de 14,06 y una puntuación estándar de 8; es decir, hay una clara tendencia a verse inundadas por sentimientos de culpa e inseguridad, y a tener altos niveles de aprehensión ante las diferentes situaciones. La distribución se presenta de forma levemente heterogénea ($SD= 4,17$ y $CV= 26,65\%$), simétrica y platicúrtica ($As= 0,10$ y $K= -0,31$).

En el factor Q1 (rebeldía), los sujetos obtuvieron una puntuación entre 2 y 13, con un rango posible en puntaje bruto que va de 0 a 20; con una media de 7,95 y una puntuación estándar de 6; es decir, hay un cierto equilibrio entre flexibilidad y rigidez ante los cambios. La distribución es moderadamente heterogénea ($SD= 2,67$ y $CV= 33,58\%$), levemente asimétrica coleada hacia los valores más bajos y platicúrtica ($As= -0,14$ y $K= -0,74$ respectivamente).

Para el factor Q2 (individualismo), los sujetos tuvieron puntuaciones entre 4 y 20, con un rango posible en puntaje bruto que va de 0 a 20; con una media de 12,61 y una puntuación estándar de 9; es decir, hay una tendencia clara a trabajar a solas debido a que perciben a los demás como lentos e ineficaces. La distribución para este factor es levemente heterogénea ($SD= 3,58$ y $CV= 28,39\%$), asimétrica ($As= -0,19$) y leptocúrtica ($K= 0,53$).

El factor Q3 (cumplimiento), hace referencia al yo idealizado y el grado de acercamiento del sujeto a este modelo ideal. En este caso, los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 4 y 17, dentro de un rango posible que va de 0 a 20 en puntaje bruto; con una puntuación media de 11,5 y una puntuación estándar de 4; es decir, hay una tendencia a ser flexibles y desordenados. La distribución es heterogénea ($SD= 3,25$ y $CV= 28,21\%$), asimétrica ($As= -0,29$) y platicúrtica ($K= -0,12$).

En el factor Q4 (tensión), relacionado con la ansiedad y frustración generalizada, los sujetos obtuvieron una puntuación entre 4 y 26, con un rango posible que va de 0 a 26 en puntaje bruto; con una media de 15,69 y una puntuación estándar de 9; es decir, son personas altamente ansiosas y con sentimientos importantes de frustración, tensión, impaciencia e irritabilidad. La distribución es medianamente heterogénea ($SD= 5,05$ y $CV= 32,18\%$), asimétrica coleada hacia los valores más bajos y platicúrtica ($As= -0,23$ y $K= -0,50$ respectivamente).

Finalmente, en cuanto a las escalas de negación y distorsión; la primera obtuvo puntuaciones entre 0 y 7, con un rango posible que va de 0 a 22; con una puntuación media de 3,02; lo que indica que los sujetos fueron colaboradores al responder el cuestionario; la desviación estándar fue de 1,82 ($CV= 60,26\%$) con un alto nivel de heterogeneidad, ligeramente asimétrica coleada hacia los valores más altos y platicúrtica ($As= 0,23$ y $K= -0,36$ respectivamente).

En cuanto a la segunda escala (distorsión), los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 0 y 12, dentro de un rango posible que va de 0 a 15, con una puntuación media de 6,09; lo que indica que respondieron de forma sincera al cuestionario tratando de dar una impresión real de sí mismos. La desviación estándar en este grupo fue de 3,01 (CV= 49,42%) lo que indica una heterogeneidad moderada, simétrica (As= 0,00) y platicúrtica (K= -0,95). En la Figura 4 se encuentra un perfil de personalidad para todos los sujetos incluidos en la muestra.

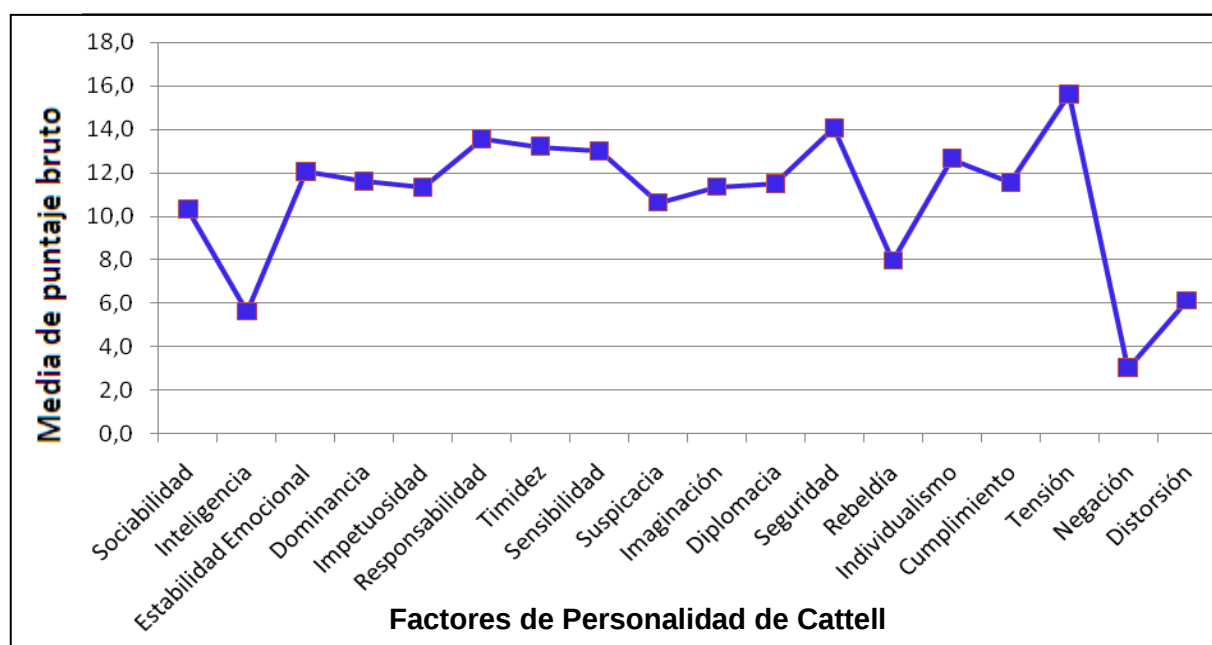


Figura 4. Perfil de personalidad para los pacientes obsesivos compulsivos y con trastorno de ansiedad generalizada.

Se puede apreciar entonces que las puntuaciones más altas se encuentran en el factor G (responsabilidad), O (seguridad), y el factor Q4 (tensión); y las puntuaciones más bajas se observan en el factor B (inteligencia), el factor Q1 (rebeldía) y en la escala de negación.

Con ello se puede afirmar en líneas generales, que el perfil de personalidad de los pacientes incluidos en la muestra describe un nivel intelectual promedio, se ven invadidos por las emociones (específicamente

culpa, inseguridad y tensión), aunque son independientes y competitivos. Así mismo, tienen dificultades en el control de impulsos aún cuando respetan las normas establecidas. Hay cierto grado de impaciencia y necesidad de atención así como de desconfianza, y tienden a permanecer muy alertas. Son poco prácticos e idealistas, individualistas, flexibles y desordenados. Existe un equilibrio en cuanto al nivel de sociabilidad y en el nivel de flexibilidad o rigidez ante los cambios. Ante la situación de prueba, fueron colaboradores y mostraron una imagen realista de sí mismos.

En cuanto a las dimensiones del modelo familiar de Beavers y Hampson, a continuación se presentan los descriptivos para cada una:

En cuanto a la dimensión salud/competencia, se encuentra que los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 21 y 83, con un rango posible en puntaje bruto que va de 19 a 95; con una puntuación media de 47,18 lo que equivale a una puntuación estándar de 5; ello significa que existen límites claros entre sus miembros y una limitada expresión de sentimientos y emociones, predominando sentimientos de ansiedad y depresión y coléricos. La desviación muestra que la distribución es moderadamente heterogénea ($SD= 18,84$ y $CV= 39,93\%$), es asimétrica, coleada hacia los valores más altos ($As= 0,54$) y platicúrtica ($K= -0,99$).

En cuanto a la dimensión de conflicto, los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 12 y 56, con un rango posible en puntaje bruto que va de 12 a 60; con una puntuación media de 30,20; lo que indica que tienen un nivel medio de conflicto manifiesto no resuelto, luchas, culbalizaciones y discusiones, niveles medios de negociación y de aceptación de la responsabilidad personal en la resolución de conflictos. La distribución es moderadamente heterogénea, levemente asimétrica coleada hacia los valores más altos y platicúrtica ($SD= 13,61$, $CV= 45,06\%$, $As= 0,53$ y $K= -1,03$ respectivamente).

En cuanto a la dimensión de cohesión, los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 7 y 24, dentro de un rango posible que va de 5 a 26 en puntaje bruto; con una puntuación media de 13,88; ello indica que tienen un nivel medio de satisfacción y felicidad cuando el grupo familiar esta junto. La distribución en este caso es moderadamente heterogénea ($SD= 4,75$ y $CV= 34,22\%$), ligeramente asimétrica coleada hacia los valores más altos ($As= 0,26$) y platicúrtica ($K= -1,70$).

En referencia a la dimensión de liderazgo, los pacientes obtuvieron puntuaciones entre 3 y 15, abarcando todo el rango posible en puntaje bruto; con una puntuación media de 7,47; lo que significa que en su grupo familiar hay confusión en cuanto al patrón de liderazgo dentro del grupo, no parecen haber figuras firmes y consistentes en cuanto a dicha dimensión. La distribución en este caso es heterogénea ($SD= 3,89$ y $CV= 52,07\%$), asimétrica coleada hacia las puntuaciones altas ($As= 0,54$) y platicúrtica ($K= -0,89$).

En cuanto a la dimensión de expresividad, los sujetos obtuvieron puntajes entre 5 y 23, con un rango posible en puntuación bruta de 5 a 25, con una puntuación media de 10,47; lo que significa que en el grupo familiar se perciben dificultades para las expresiones físicas y verbales de sentimientos positivos, y dificultad para expresar calidez y afecto. La distribución es heterogénea ($SD= 5,55$ y $CV= 53,00\%$), asimétrica coleada hacia los puntajes más altos ($As= 0,78$) y platicúrtica ($K= -0,59$).

Finalmente, en cuanto a la dimensión de estilo familiar, los sujetos obtuvieron puntuaciones entre 2,70 y 5,00, dentro de un rango posible que va de 1 a 5; con una puntuación media de 3,79; lo que significa que el grupo familiar se cataloga como centrífugo, es decir, hay límites externos tenues y búsqueda de satisfacción fuera de la familia. La distribución para esta dimensión en cuanto al sexo masculino es ($SD= 0,80$ y $CV= 21,10$) levemente heterogénea, levemente asimétrica coleada hacia los puntajes más altos ($As= 0,44$) y platicúrtica ($K= -1,21$). En la *Figura 5* se puede

observar un perfil de funcionamiento familiar para los pacientes de la muestra según el modelo de Beavers y Hampson.

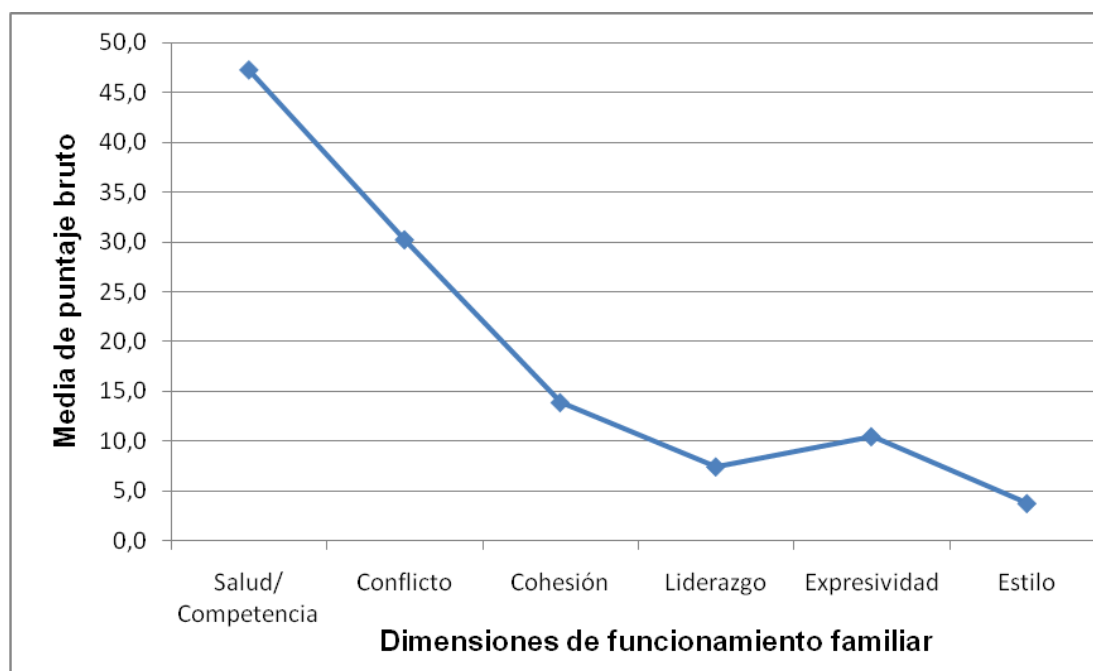


Figura 5. Perfil de pacientes obsesivos compulsivos y ansiosos generalizados en las dimensiones del modelo familiar de Beavers y Hampson.

Se observa entonces que los pacientes de la muestra perciben que en su familia existen límites claros entre sus miembros, y una limitada expresión de sentimientos y emociones; predominando sentimientos de ansiedad, depresión y rabia, con dificultades para expresar sentimientos de calidez y afecto. En cuanto al conflicto, perciben un nivel medio de discusiones y pugnas, así como de negociación y aceptación de la responsabilidad personal para la resolución de los problemas. El nivel de satisfacción y felicidad es mediano cuando se encuentra el grupo familiar reunido. No se perciben figuras de liderazgo firmes y consistentes. El estilo en general tiende a ser centrífugo, es decir, hay límites externos tenues y la búsqueda de satisfacción de cada miembro se realiza fuera del grupo familiar.

En cuanto a las características de personalidad, se realizó una comparación entre los dos grupos de pacientes (obsesivos-compulsivos y

ansiedad generalizada) en cada uno de las escalas del Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell, para comprobar si existen o no diferencias entre los grupos según las hipótesis planteadas.

Se esperaban encontrar diferencias significativas en el factor A (sociabilidad), donde los pacientes obsesivos compulsivos obtendrían puntuaciones más bajas que los pacientes con ansiedad generalizada; en el factor E (dominancia), en el cual los pacientes ansiosos generalizados obtendrían puntuaciones más bajas que los pacientes obsesivos compulsivos; en el factor G (responsabilidad), siendo los pacientes obsesivos compulsivos los que tendrían puntuaciones más altas en comparación con los pacientes ansiosos generalizados; en el factor M (imaginación), en el cual los pacientes obsesivos compulsivos obtendrían puntuaciones más bajas que los pacientes ansiosos generalizados; en el factor Q1 (rebeldía), donde los pacientes obsesivos tendrían puntuaciones más bajas que los pacientes con ansiedad generalizada; en el factor Q2 (individualismo), en el cual obtendrían puntuaciones más altas los pacientes obsesivos compulsivos en comparación con los pacientes con ansiedad generalizada; y finalmente, los pacientes obsesivos compulsivos obtendrían puntuaciones más altas que los pacientes con ansiedad generalizada en el factor Q3 (cumplimiento).

Para identificar cuáles de las diferencias resultaron significativas, se realizó un análisis de comparación de medias por t de Student para muestras independientes. En primer lugar se comprobaron los supuestos del análisis para asegurar la validez de los resultados. En este caso todas las variables incluidas en el modelo poseen de un nivel de medida de intervalo-razón. Así mismo se comprobó la homogeneidad de la varianza a través de la prueba de Levene; en dicha prueba no se evidenciaron diferencias de varianza significativas estadísticamente, excepto para el factor E (Dominancia) en la que la prueba de Levene tuvo un valor de $F= 5,35$ con una significancia de $\alpha= 0,026$ lo que indica que las varianzas resultan heterogéneas en dicho factor (Ver Anexo D).

Así mismo se comprobó el comportamiento ajustado a la distribución normal de los datos, ello se hizo a través de un gráfico de normalidad (P-P Plot) utilizando la estimación de proporciones de Tukey, y se pudo evidenciar que las distribuciones de los sujetos para cada uno de los factores de personalidad se ajusta a una curva normal (Ver Anexo D).

En cuanto al análisis por t de Student, se observó que los grupos se diferenciaron de forma significativa únicamente en dos factores. El primer factor fue el de inteligencia (factor B), con una puntuación $t = -3,27$ y un nivel de significancia estadística de $\alpha = 0,02$ menor a $\alpha = 0.05$. Se puede afirmar, tal como se observa en la *Figura 6*, que la capacidad intelectual de los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo resultó mayor; con una puntuación media de 6,67, y una desviación estándar de 2,34 (CV= 35,08% levemente heterogénea), en comparación con la capacidad intelectual de los pacientes con ansiedad generalizada, que obtuvieron una media de 4,43 y una desviación estándar de 2,37 (53,49% moderadamente heterogénea).

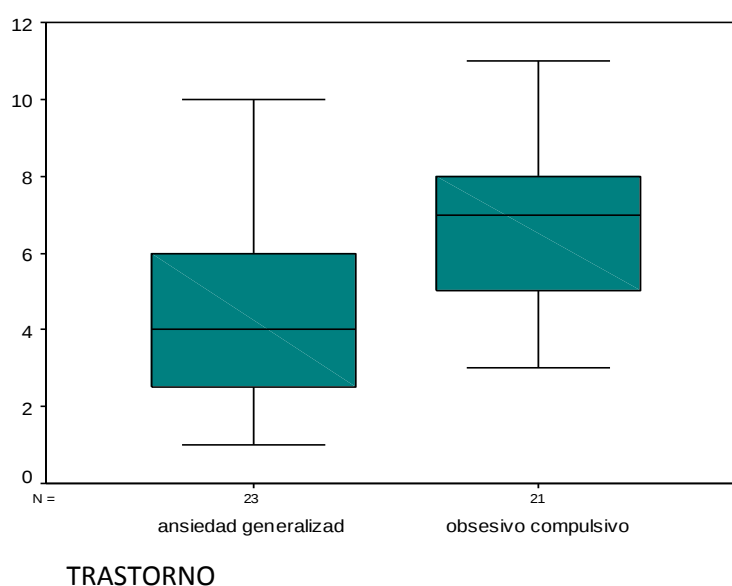


Figura 6. Gráfico de caja y bigote para comparar a los pacientes obsesivos compulsivos y los pacientes con ansiedad generalizada en el factor inteligencia.

El segundo factor en el que los grupos de pacientes se diferenciaron de forma significativa fue en el factor dominancia (factor E); en dicha escala

se obtuvo una puntuación $t = -2,71$ y una significancia de 0,01 con un alfa menor a $\alpha = 0.05$. Dichos resultados significan que los pacientes obsesivos compulsivos resultan más dominantes que los pacientes con ansiedad generalizada (Ver *Figura 7*). En dicho factor los pacientes obsesivos obtuvieron una puntuación media de 13 (puntuación estándar de 7); una desviación estándar de 4,24 (CV= 32,61%), lo que indica que la distribución para este grupo es levemente heterogénea. Por su parte, los pacientes con ansiedad generalizada obtuvieron una puntuación media de 10,17 (puntuación estándar de 5), y una desviación de 2,51 (CV= 24,6%) lo que indica que la distribución es moderadamente homogénea.

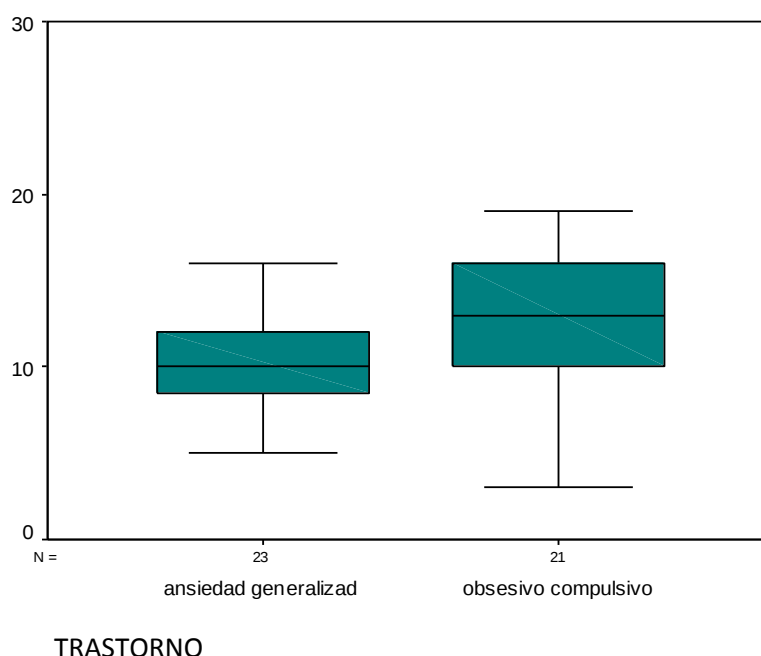


Figura 7. Gráfico de caja y bigote para comparar a los pacientes obsesivos compulsivos y los pacientes con ansiedad generalizada en el factor dominancia.

Para el resto de los factores las diferencias no resultan significativas entre ambos grupos (Ver Anexo E).

El siguiente gráfico muestra el perfil de personalidad según el Cuestionario de los 16 Factores de Cattell para cada uno de los grupos. En el gráfico se puede apreciar que la tendencia es parecida en ambos grupos, obteniendo ambas puntuaciones similares en cada factor; sin embargo, se

puede observar que el grupo de pacientes obsesivos compulsivos posee puntuaciones más altas en el factor B (inteligencia) y en el factor E (dominancia), en comparación con el grupo de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada; diferencias que resultaron ser estadísticamente significativas, tal como se describió anteriormente (Ver Figura 8).

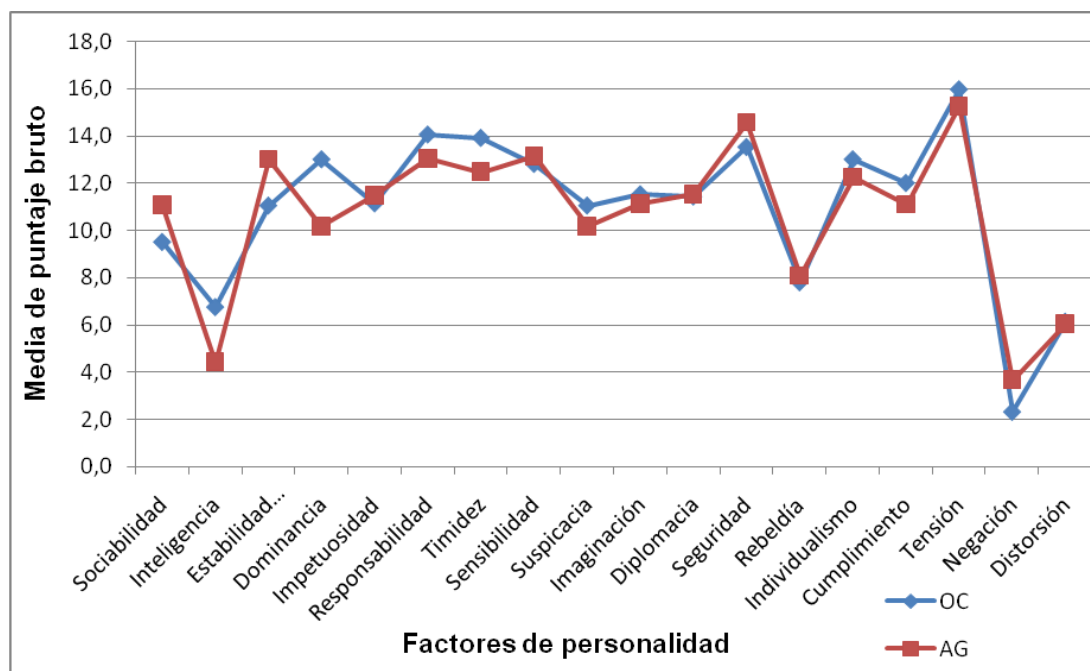


Figura 8. Perfiles de personalidad para pacientes con trastorno ansioso obsesivo-compulsivo y pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

Al igual que se realizó un análisis en función de encontrar diferencias entre los grupos en cuanto a las características de personalidad; también se realizó un análisis para encontrar diferencias entre los pacientes obsesivos-compulsivos y los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada en cuanto a la variable de competencia familiar. También se incluyeron en dicho análisis las dimensiones del modelo familiar de Beavers que no se incluyeron en la hipótesis, pero que pueden aportar información adicional. Se esperaba encontrar que los pacientes obsesivos compulsivos tuvieran una competencia de tipo limítrofe, mientras que los pacientes con ansiedad generalizada tuvieran una competencia media.

Para identificar si alguna de las diferencias entre los grupos resultaba significativa, se realizó un análisis por *t* de Student para muestras independientes, y así comparar las medias de cada grupo. Al comprobar los supuestos, cabe destacar que todas las variables incluidas en el análisis poseen un nivel de medida de intervalo-razón, lo que resulta condición necesaria para dicho modelo. Así mismo, se comprobó el ajuste de los datos a la distribución normal a partir del gráfico PP-Plot, donde se pudo apreciar una tendencia de la distribución, en cada uno de los factores, a ajustarse a una curva normal; sin embargo, existen ciertas inflexiones importantes en las dimensiones de estilo y conflicto familiar, que pudieran ser significativas (Ver Anexo F).

Finalmente, en cuanto a los supuestos, la homogeneidad de varianza fue calculada a través de la prueba de Levene, en la cual se obtuvieron resultados de *F* entre 0,077 y 0,609 y significancias entre 0,605 y 0,898; ello indica que ninguna de las varianzas resultó heterogénea para efectos del análisis y el supuesto fue cumplido en su totalidad (Ver Anexo F).

En cuanto al análisis estadístico por *t* de Student para muestras independientes, ninguno de los factores resultó significativo; es decir, no existen diferencias significativas en la percepción que tienen los sujetos con ansiedad generalizada y los sujetos con un trastorno obsesivo-compulsivo, en cuanto a las dimensiones de expresividad, conflicto, liderazgo, cohesión, estilo y competencia familiar (Ver Anexo G).

A continuación se presenta un gráfico que muestra el perfil de los pacientes obsesivos compulsivos y pacientes con trastorno de ansiedad generalizada en las dimensiones de funcionamiento familiar contempladas en el modelo familiar de Beavers y Hampson (1995). Se puede observar que ambas líneas se solapan, no observándose diferencias entre los grupos (Ver *Figura 9*).

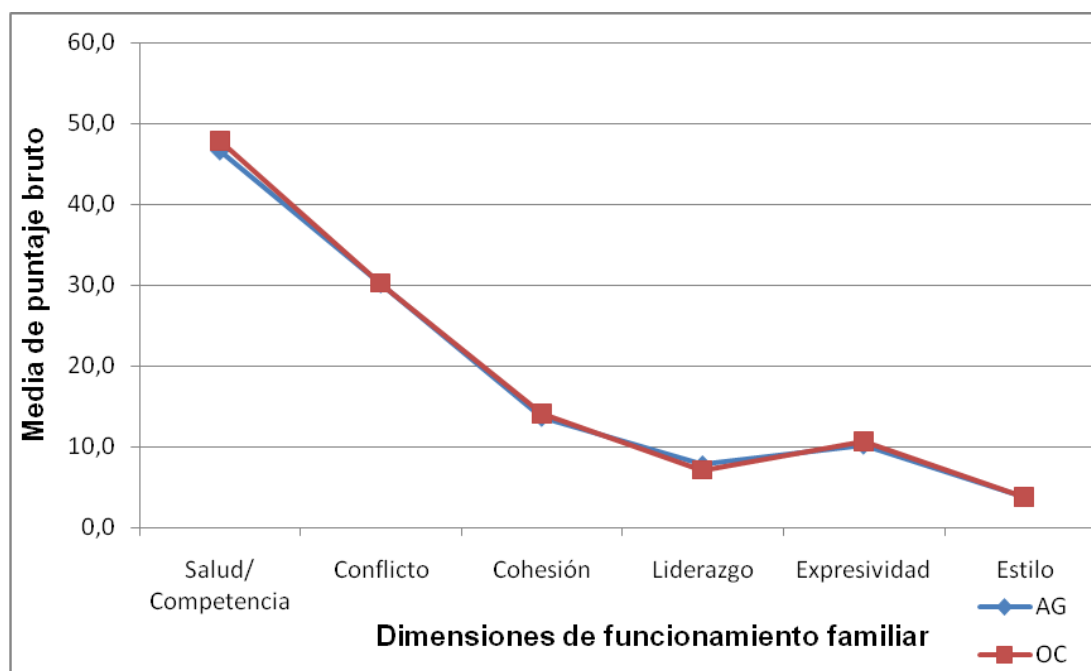


Figura 9. Perfiles de funcionamiento familiar para pacientes con trastorno ansioso obsesivo-compulsivo y pacientes con ansiedad generalizada.

Como análisis adicionales, se realizaron algunos cálculos en función de poder obtener información relevante a partir de los datos. En primer lugar, se realizó una correlación de Pearson; con previo cumplimiento de los supuestos (normalidad de las variables, nivel de medida intervalo-razón, homocedasticidad y normalidad de los errores), con todos los factores de personalidad del 16PF. También se incluyeron las variables edad y sexo, para ver si existía alguna correlación significativa entre alguna de ellas y los factores de personalidad. Las correlaciones significativas se presentan a continuación:

Se obtuvo una correlación positiva y baja ($r = 0,312$ y $\alpha = 0,039$) entre impetuosidad y estabilidad emocional, lo que significa que a mayores puntuaciones en impetuosidad, mayores puntuaciones en estabilidad emocional (Ver Anexo H). Es decir, el ser emocionalmente estable se relaciona con tener más ánimo y estar más satisfecho. Así mismo, se encontró una correlación positiva y moderada ($r = 0,418$ y $\alpha = 0,005$) entre

timidez y estabilidad emocional, lo que significa que a mayores puntuaciones en la escala de timidez, se obtienen mayores puntuaciones en la escala de estabilidad emocional (Ver Anexo H); por lo que ser atrevido y seguro socialmente se relaciona con imagen positiva de sí mismo y madurez emocional.

Se encontró además una correlación baja y positiva entre timidez y sociabilidad ($r= 0,319$ y $\alpha= 0,035$), lo que indica que puntuaciones más altas en la escala de timidez; que significan seguridad en lo social y atrevimiento, se asocian con puntuaciones altas en la escala de sociabilidad; es decir, interés, apertura y afecto hacia los demás. A su vez, se obtuvo una correlación positiva y baja con individualismo ($r= 0,367$ y $\alpha= 0,014$); tendiendo las personas tímidas a ser solitarias y autosuficientes. También se encontró una relación positiva y moderada entre timidez y sensibilidad ($r= 0,467$ y $\alpha= 0,001$), seguridad ($r= 0,564$ y $\alpha= 0,00$), cumplimiento ($r= 0,432$ y $\alpha= 0,003$) y tensión ($r= 0,467$ y $\alpha=0,001$); estando la timidez asociada a la sensibilidad, la inseguridad, perfeccionismo e intranquilidad (Ver Anexo H).

Se obtuvo una correlación baja y positiva entre sensibilidad y estabilidad emocional, donde puntuaciones altas en sensibilidad están asociadas a puntuaciones altas en la escala de estabilidad emocional ($r= 0,355$ y $\alpha= 0,018$). Es decir, la seguridad y satisfacción hacia sí mismo, y estabilidad emocional parecen asociarse con la expresión de sensibilidad. De manera similar, una correlación baja y positiva se da entre estabilidad emocional y suspicacia, donde puntuaciones altas en suspicacia tienden a asociarse con puntuaciones altas en estabilidad emocional ($r= 0,312$ y $\alpha= 0,039$); por lo que parece que a mayores niveles de desconfianza ante las demás personas, hay mayor estabilidad y madurez emocional. La suspicacia también se relaciona de manera baja y positiva con el individualismo ($r=0,332$ y $\alpha= 0,028$), tendiendo las personas desconfiadas a trabajar solos y ser autosuficientes (Ver Anexo H).

Otra relación significativa (positiva y baja) tiene que ver con el individualismo y la edad, donde a mayores edades se evidencian mayores

niveles de individualismo (puntuaciones altas en dicha escala sugieren que la persona prefiere trabajar sola y considera a los demás como ineficaces y lentos) ($r = 0,389$ y $\alpha = 0,009$). El individualismo también está correlacionado de manera moderada y positiva con la tensión ($r = 0,412$ y $\alpha = 0,005$), por lo que el ser solitario y preferir trabajar solo parece conllevar a altos niveles de intranquilidad (Ver Anexo H).

Entre las escalas de imaginación y dominancia se encuentra también una correlación baja y positiva; es decir, a mayores puntuaciones en la escala de dominancia, mayores puntuaciones en la escala de imaginación o viceversa ($r = 0,385$ y $\alpha = 0,010$); tendiendo las personas imaginativas e idealistas a mostrar sus opiniones e ideas ante los demás. Existe también una correlación baja y positiva entre la escala de diplomacia y la de sociabilidad; es decir, a mayores puntuaciones en diplomacia, mayores puntuaciones en sociabilidad, o viceversa ($r = 0,367$ y $\alpha = 0,014$) (Ver Anexo H). Según dicho resultado, el ser reservado, discreto y calculador se relaciona con la generosidad y apertura al relacionarse con los demás.

Se encontró una correlación moderada y positiva entre seguridad y estabilidad emocional, donde a mayores puntuaciones de seguridad, se encuentran mayores puntuaciones de estabilidad emocional ($r = 0,428$ y $\alpha = 0,004$); lo equivale a decir que la inseguridad, como el estar envadido por sentimientos de culpa, se relacionan con estabilidad emocional y madurez. La seguridad también se relaciona de forma positiva y baja con responsabilidad ($r = 0,374$ y $\alpha = 0,013$), estando la inseguridad asociada con el ser consciente y respetuoso de las normas sociales y morales. Otra correlación moderada y positiva se encontró entre las escalas de rebeldía y dominancia, donde a mayores puntuaciones en rebeldía, se pueden encontrar mayores puntuaciones en dominancia ($r = 0,453$ y $\alpha = 0,002$); es decir, el estar orientado al cambio, ser innovador y creativo; se asocia a la expresión confiada y competente de las opiniones e ideas (Ver anexo H).

A su vez, a mayores puntuaciones en la escala de cumplimiento, mayores puntuaciones en la escala de estabilidad emocional ($r = 0,360$ y $\alpha =$

0,016); relacionándose la disciplina, organización y perfeccionismo con una imagen positiva de sí mismo, el alcance de metas y la madurez emocional. El cumplimiento también se relaciona de manera positiva y baja con la tensión ($r= 0,362$ y $\alpha= 0,016$), por lo que está asociado también con intranquilidad y tensión. Se encontró una relación positiva y baja entre la escala de tensión y la escala de estabilidad emocional ($r= 0,309$ y $\alpha= 0,041$), lo que significa que a mayores puntuaciones en tensión, mayores puntuaciones en estabilidad emocional (Ver Anexo H). De acuerdo a dicho hallazgo, personas tensas e intranquilas tienen mayor estabilidad emocional.

Adicionalmente, se encontró una relación baja y positiva entre la edad y la escala de rebeldía, que significa que a mayor edad de los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada o un trastorno obsesivo compulsivo, puntuaciones más altas en la escala de rebeldía; es decir, mayor apertura a experimentar cosas nuevas. ($r= 0,304$ y $\alpha= 0,045$). La rebeldía también está asociada con la tensión de manera positiva y baja ($r= 0,353$ y $\alpha= 0,019$), por lo que el experimentalismo y la innovación parece también estar relacionado a niveles altos de tensión, impaciencia e intranquilidad (Ver Anexo H).

Se encontró también una correlación positiva y baja entre impetuosidad y timidez ($r= 0,374$ y $\alpha= 0,012$); por lo que a mayores puntajes en la escala de impetuosidad, mayores puntajes en la escala de timidez; es decir, el atrevimiento y la seguridad ante los demás se relaciona con entusiasmo, satisfacción y espontaneidad. Por su parte, se encontró una correlación positiva y moderada entre impetuosidad y sensibilidad ($r= 0,412$ y $\alpha= 0,005$), estando asociada la satisfacción y el entusiasmo a la sensibilidad y el sentimentalismo. La impetuosidad también se correlaciona de forma positiva y moderada con la suspicacia ($r= 0,302$ y $\alpha= 0,046$), la seguridad ($r= 0,345$ y $\alpha= 0,022$) y la tensión ($r= 0,333$ y $\alpha= 0,027$); relacionándose la animosidad y el positivismo con cierta actitud vigilante y desconfiada, con inseguridad e intranquilidad (Ver anexo H).

La sensibilidad se encontró correlacionada de manera positiva y moderada con la suspicacia ($r= 0,42$ y $\alpha= 0,004$), y de manera positiva y baja

con seguridad ($r= 0,36$ y $\alpha= 0,015$) y con tensión ($r= 0,316$ y $\alpha= 0,037$); es decir, las personas sensibles, cariñosas y deseosas de atención parecen tender a ser desconfiados y suspicaces ante los demás, ser inseguros e intranquilos. La seguridad se relaciona con la tensión de manera positiva y moderada ($r= 0,335$ y $\alpha= 0,026$), lo que corrobora que la inseguridad está asociada a altos niveles de intranquilidad y tensión (Ver anexo H).

Finalmente, se encontró una correlación baja y negativa entre inteligencia y timidez ($r= -0,339$ y $\alpha= 0,025$); es decir, a mayores puntuaciones en timidez, menores puntuaciones en inteligencia; por lo que el ser atrevido y seguro ante los demás, está asociado a menor nivel de capacidad intelectual (Ver anexo H).

También se realizó un análisis de correlación de las dimensiones de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson (1995) entre sí para obtener información adicional relevante para el estudio. Al igual que para los factores de personalidad, también se incluyeron en el análisis las variables edad y sexo.

Se obtuvo una correlación media y negativa entre competencia y conflicto ($r= -0,442$ y $\alpha= 0,003$), lo que quiere decir que a mayores puntuaciones en conflicto familiar, menores puntuaciones en competencia; entendiéndose que a mayor nivel de conflicto en la familia, mayor nivel de salud o funcionalidad familiar. Así mismo, se obtuvo una relación alta y positiva entre competencia y expresividad ($r= 0,846$ y $\alpha= 0,00$), lo que indica que a mayores puntuaciones en competencia familiar, existen mayores puntuaciones en expresividad emocional (Ver Anexo I). Esto se traduce en que a menor grado de expresión de afecto y calidez en la familia, más disfuncional es la familia.

También se encontró una correlación moderada y negativa entre competencia y estilo familiar ($r= -0,619$ y $\alpha= 0,000$) lo que indica que a mayores puntuaciones en competencia familiar, el estilo tendrá una tendencia a ser centrípeto; es decir, las familias que tienden a dirigirse al

interior del grupo familiar en busca de gratificación, donde existe cierta dependencia entre los miembros y se interiorizan los conflictos y sentimientos; van a tender a la disfuncionalidad familiar. Además, se encontró una correlación baja y positiva entre competencia y liderazgo ($r= 0,34$ y $\alpha= 0,022$) lo que indica que a mayores puntuaciones en liderazgo, mayores puntuaciones en competencia familiar (Ver Anexo I); estando relacionada la escasez de líderes firmes y consistentes con la disfuncionalidad familiar.

Otra relación significativa, moderada y positiva, resultó entre competencia y cohesión; es decir, a mayores puntuaciones en competencia familiar, mayores puntuaciones en cohesión ($r= 0,389$ y $\alpha= 0,009$); relacionándose la lejanía entre los miembros de la familia con disfuncionalidad en la familia. Adicionalmente, se encontró una relación media y positiva entre conflicto y expresividad emocional ($r= 0,464$ y $\alpha= 0,001$); es decir, que a mayores puntajes en expresividad emocional, mayores puntajes en conflicto familiar (Ver Anexo I); lo que quiere decir que a menor nivel de expresión de cariño y sentimientos positivos en la familia, mayores niveles de conflictos no resueltos.

Finalmente, se encontró que el conflicto se relaciona de forma alta y positiva con el estilo familiar ($r= 0,977$ y $\alpha= 0,00$); es decir, mayores niveles de conflicto familiar se relacionan con un estilo familiar que tiende a ser centrífugo. Según este resultado, suele haber mayores niveles de lucha y desacuerdo en familias donde los miembros prefieren estar fuera del grupo familiar, donde prevalece la expresión de ira y las culpabilizaciones; y donde los padres pasan poco tiempo en el hogar. Y, se encontró una correlación media y negativa entre estilo y expresividad emocional ($r= -0,594$ y $\alpha= 0,000$); es decir, a mayores puntajes en expresividad emocional, el estilo familiar tiende a ser centrípeto (Ver Anexo I). Esta relación describe que en familias que están dirigidas hacia el interior de la familia, donde hay una observación constante de sus miembros, y donde sus miembros interiorizan

los elementos emocionales y conflictivos; suele haber una limitada expresión de calidez y sentimientos positivos.

Se realizó una correlación de Pearson entre los factores del cuestionario de personalidad de Cattell y las escalas del Inventario de Autoreporte Familiar de Beavers y Hampson con previo cumplimiento de los supuestos (normalidad de las variables, nivel de medida intervalo-razón, homocedasticidad y normalidad de los errores); las correlaciones significativas se describen a continuación:

Se encontró una correlación baja y positiva entre la escala de salud/competencia e inteligencia; es decir, a mayores puntuaciones en la escala de competencia familiar se obtendrán mayores puntuaciones en la escala de inteligencia de Cattell ($r= 0,37$ y $\alpha= 0,013$), estando la disfuncionalidad familiar asociada con un mayor nivel de capacidad intelectual. Así mismo, se obtuvo una correlación moderada y negativa entre estabilidad emocional y salud/competencia familiar, donde a mayores puntuaciones en la estabilidad emocional; es decir, la presencia de madurez y estabilidad emocional, menores puntajes en competencia familiar; es decir, la competencia familiar tiende a ser óptima ($r= -0,48$ y $\alpha= 0,001$) (Ver Anexo J).

Se encontró una correlación baja y positiva entre salud/competencia familiar y dominancia, donde a mayores puntajes en la escala de dominancia; es decir, la expresión competitiva y/o agresiva de las propias opiniones; el nivel de salud/competencia tenderá a ser disfuncional ($r= 0,315$ y $\alpha= 0,037$). Existe además una correlación baja y negativa entre salud/competencia y timidez; es decir, a mayores puntuaciones en la escala de timidez (arriesgarse a cruzar los límites interpersonales), la dimensión de salud competencia tenderá a ser funcional ($r= -0,33$ y $\alpha=0,027$). También se encontró una correlación negativa y baja con el factor Q3 (cumplimiento), por lo que a mayores puntuaciones en la escala de cumplimiento (baja tolerancia

al desórden), la competencia familiar tiende a ser óptima ($r = -0,29$ y $\alpha = 0,051$) (Ver Anexo J).

Otra relación moderada y positiva se observa entre salud/competencia y seguridad; es decir, a mayores puntajes en la escala de seguridad (altos niveles de inseguridad) la dimensión de salud/competencia tenderá a ser disfuncional ($r = 0,507$ y $\alpha = 0,00$). Hay una correlación moderada y positiva entre salud/competencia y el factor Q4 (tensión), donde a mayores niveles de tensión, la dimensión de salud tienden a ser disfuncional ($r = 0,55$ y $\alpha = 0,00$) (Ver Anexo J).

En cuanto al estilo familiar, se encontró una correlación positiva y moderada con la escala de Inteligencia; es decir, a mayor nivel intelectual, el estilo familiar tiende a percibirse como más centrífugo ($r = 0,41$ y $\alpha = 0,006$). Así mismo, se encontró una correlación moderada y negativa entre estilo y estabilidad emocional, por lo que a mayores niveles de estabilidad emocional (madurez y estabilidad emocional), las familias tienden a ser centrípetas ($r = -0,562$ y $\alpha = 0,00$) (Ver Anexo J).

Se encontró también una correlación baja y positiva entre estilo y suspicacia, por lo que a mayores niveles de suspicacia (vigilante, precavido, suspicaz), el estilo tiende a ser centrífugo ($r = 0,29$ y $\alpha = 0,049$). Se encontró una relación moderada y positiva entre seguridad y estilo; por ende, a mayores niveles de seguridad (altos niveles de inseguridad), el estilo tenderá a ser centrífugo ($r = 0,501$ y $\alpha = 0,001$) (Ver Anexo J).

Otra relación moderada y positiva se encuentra entre la escala de tensión y estilo familiar, donde a mayores puntuaciones de tensión (intranquilidad), el estilo tiende a ser centrífugo ($r = 0,549$ y $\alpha = 0,00$). Por otra parte, se encontró una correlación baja y negativa entre estilo y distorsión, por lo que a menores puntajes de distorsión (el dar una imagen real de sí mismo), el estilo tiende a ser centrífugo ($r = -0,307$ y $\alpha = 0,042$) (Ver Anexo J).

En cuanto a la dimensión de conflicto, se halló una correlación moderada y positiva con inteligencia; es decir, a mayores niveles de conflicto mayor nivel intelectual ($r = 0,405$ y $\alpha = 0,006$). Así mismo, existe una relación moderada y negativa entre conflicto y estabilidad emocional; es decir, a mayores niveles de estabilidad emocional (madurez y estabilidad emocional), menor nivel de conflicto percibido ($r = -0,572$ y $\alpha = 0,00$). Otra relación moderada y positiva está dada entre conflicto y seguridad; por lo que a mayores puntajes de seguridad (mayor inseguridad), mayores niveles de conflicto percibido ($r = 0,53$ y $\alpha = 0,00$) (Ver Anexo J).

En la misma línea de la dimensión de conflicto, se halló una relación baja y negativa con la escala de timidez, por lo que a mayores puntajes de conflicto, menores puntajes de timidez (tímido, temeroso, cohibido) ($r = -0,316$ y $\alpha = 0,00$). También se encontró una correlación moderada y positiva entre conflicto y tensión ($r = 0,57$ y $\alpha = 0,00$); y una correlación baja y positiva entre conflicto y suspicacia ($r = 0,298$ y $\alpha = 0,049$); donde a mayores niveles de tensión y desconfianza, mayores niveles de conflicto en la familia. Finalmente, con la dimensión de conflicto, se encontró una relación baja y negativa con distorsión; es decir, a mayores niveles de conflicto, menores puntuaciones en la escala de distorsión (dar una imagen realista de sí mismo) ($r = -0,316$ y $\alpha = 0,037$) (Ver Anexo J).

Con respecto a la dimensión de expresividad emocional; se encontró una relación moderada y positiva con inteligencia; ello indica que a mayores niveles de capacidad intelectual, existirá un menor nivel de expresividad de sentimientos positivos y calidez (puntuaciones mayores indicar menor expresión de calidez y afecto) ($r = 0,47$ y $\alpha = 0,001$). Así mismo, la expresividad emocional se relaciona de forma negativa y moderada con estabilidad emocional; por lo que a mayores puntajes de expresividad emocional, menores puntajes de estabilidad emocional ($r = -0,427$ y $\alpha = 0,004$) (Ver Anexo J). Es decir, menor expresión de calidez y afecto en la familia, se asocia a ser cambiante y reactivo emocionalmente.

Adicionalmente, se encontró una relación moderada y negativa entre expresividad emocional y timidez, por lo que a mayores puntajes en timidez, menores puntajes en expresividad emocional ($r = -0,403$ y $\alpha = 0,00$); es decir, el ser atrevido y emprendedor en el ámbito social se asocia a mayor expresividad de cariño y sentimientos positivos en la familia (Ver Anexo J).

Así mismo, se encontró una relación negativa y moderada entre expresividad emocional e impetuosidad, por lo que a mayores puntajes en impetuosidad, menores puntajes en expresividad emocional ($r = -0,407$ y $\alpha = 0,006$); es decir, mayores niveles de entusiasmo y espontaneidad se asocian a mayor expresividad de afecto y sentimientos positivos en el núcleo familiar. Finalmente, en cuanto a la expresividad emocional, se encontró una relación moderada y positiva con tensión; es decir, a mayores puntajes de expresividad emocional, mayores niveles de tensión ($r = 0,495$ y $\alpha = 0,001$) (Ver Anexo J); lo que sugiere que a menor expresión verbal y física de sentimientos positivos y calidez, mayor intranquilidad.

En cuanto a cohesión, se encontró una relación positiva y moderada con dominancia, a mayores niveles de dominancia, mayores niveles de cohesión ($r = 0,417$ y $\alpha = 0,005$). Es decir, la lejanía entre los miembros de la familia está asociada a la expresión abierta y confiada de opiniones e ideas. Así mismo, se encontró una relación baja y positiva con rebeldía, por lo que a mayores niveles de rebeldía, mayores puntajes de cohesión ($r = 0,354$ y $\alpha = 0,018$); es decir, la apertura al cambio y a la innovación está relacionada con menor cercanía entre los miembros de la familia. Finalmente, en cuanto a la dimensión de cohesión, se encontró una relación positiva y moderada con tensión, por lo que a mayores puntajes de tensión, mayores puntajes de cohesión ($r = 0,46$ y $\alpha = 0,002$) (Ver Anexo J). Ello implica que a mayores niveles de tensión e intranquilidad, mayor lejanía entre los miembros de la familia.

Para finalizar, en cuanto a la dimensión de liderazgo, se encontró una relación baja y positiva con seguridad, por lo que a mayores niveles de

liderazgo (ausencia de líderes firmes y consistentes), mayores puntajes de seguridad (inseguridad y sentimientos de culpa) ($r = 0,361$ y $\alpha = 0,016$) (Ver Anexo J).

Otro análisis adicional que se realizó fue la relación entre el sexo y el tipo de trastorno a partir de un modelo de un coeficiente C de Cramer basado en χ^2 para observar si existe una relación significativa entre la proporción de hombres y mujeres y cada trastorno. Se encontró que con una asociación moderada, hay una mayor proporción de mujeres que presentan ansiedad generalizada en comparación con los hombres que suelen presentar un trastorno obsesivo compulsivo ($C = 0,308$ $X^2 = 4,62$ y $\text{sig} = 0,033$) (Ver Tabla 3 y 4).

Tabla 3. Frecuencias de trastorno por sexo

			Sexo		Total
			masculino	femenino	
Trastorno	ansiedad generalizada	Cantidad	4	19	23
		% Sexo	28,6%	63,3%	52,3%
	obsesivo compulsivo	Cantidad	10	11	21
		% Sexo	71,4%	36,7%	47,7%
Total	Cantidad		14	30	44
	% Sexo		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 4. Valor de X^2 .

		Valor	Approx. Sig.
Nominal	Coeficiente de contingencia	,308	,032
N de casos validos		44	

Para comprobar si existen diferencias significativas en alguno de los factores de personalidad en cuanto al sexo, sin tomar en cuenta el trastorno,

se realizó un análisis por t de Student para muestras independientes, y se obtuvo una diferencia significativa en el factor A (Sociabilidad) ($t = -2,348$ y $\alpha = 0,024$), en el factor I (Sensibilidad) ($t = -3,014$ y $\alpha = 0,005$) y en el factor Q1 (Rebelía) ($t = 2,09$ y $\alpha = 0,043$); teniendo las mujeres mayores puntuaciones que los hombres en sociabilidad (Mujeres $x = 11,16$; Hombres $x = 8,64$) y sensibilidad (Mujeres $x = 13,96$; Hombres $x = 10,85$), y los hombres mayores puntuaciones que las mujeres en rebeldía (Mujeres $x = 7,40$; Hombres $x = 9,14$). (Ver Anexo K). Para todas las diferencias significativas mencionadas se cumplieron los supuestos de homogeneidad de varianza y normalidad.

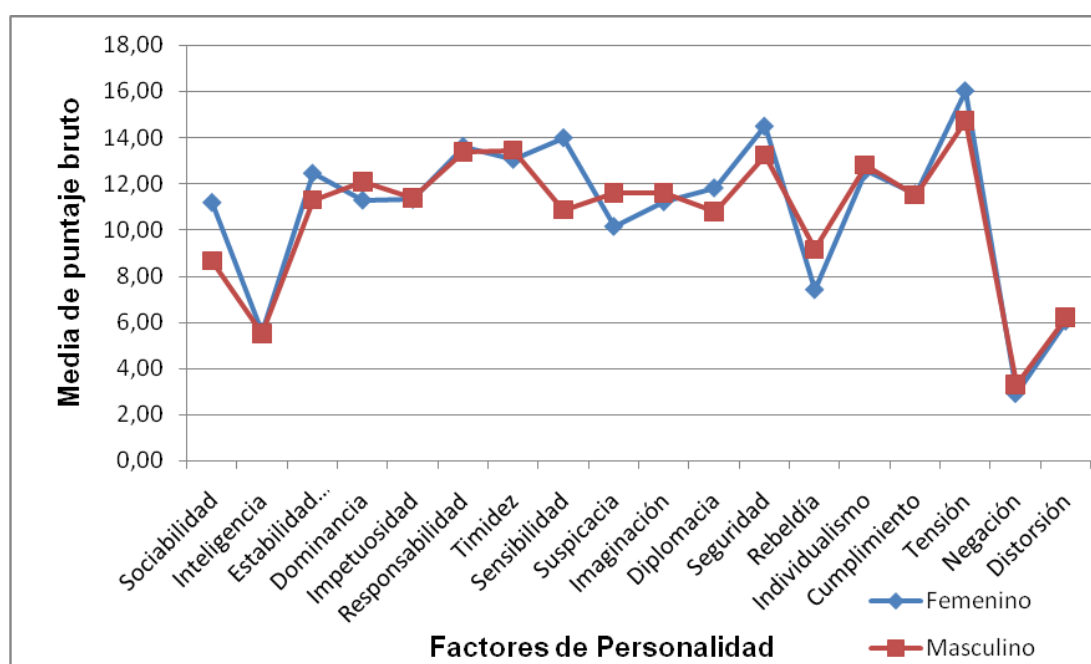


Figura 10. Perfiles de personalidad según el sexo.

También se realizó un análisis por t de Student para muestras independientes, para observar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cada una de las dimensiones del modelo de familia de Beavers y Hampson. Las diferencias encontradas no resultaron significativas en ninguna de las dimensiones (Ver Anexo L)

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación consiste en evaluar si hay diferencias en los rasgos de personalidad (sociabilidad, dominancia, responsabilidad, imaginación, rebeldía, individualismo y cumplimiento) y la competencia familiar entre grupos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes obsesivos-compulsivos.

En primer lugar, se procederá a describir y explicar el comportamiento de los sujetos de ambos grupos; es decir, tanto los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada así como los pacientes con un trastorno obsesivo compulsivo incluidos en la muestra en cada uno de los factores de personalidad de Cattell y posteriormente en las dimensiones del modelo de funcionamiento familiar de Beavers.

En relación con los 16 factores del Cuestionario de Personalidad de Cattell Se encontró que la mayoría de los sujetos con ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo tienden a tener un equilibrio entre una conducta reservada, precisa, cautelosa y poco apasionada y cálida; y una conducta abierta, generosa, atenta y cálida con los demás.

Este hallazgo es distinto a lo que se encontró en los estudios similares referidos en la bibliografía mencionada. Diferentes autores reportan que la ansiedad rasgo se encuentra asociada a la huida, evitación, introversión y distancia interpersonal (Guillamón, 2004; Valencia, s.f.; Carrera, Ayesteran, Herran, Sierra y Vázquez, 2003; González, 2004; y Cattell, 1972). Los hallazgos de dichos autores se corroboran a partir de la relación significativa encontrada entre el rasgo de socialización y timidez, donde una persona tímida y cohibida también va a tender a ser fría y distante.

Valencia (s.f.) describe que los pacientes con mayor sintomatología ansiosa tienen deseos de relacionarse con los demás, pero de dicho interés por las relaciones interpersonales, suelen experimentar temor y desconfianza en las relaciones interpersonales, asociado a que han recibido

pocos refuerzos positivos por parte de los demás. De acuerdo a este autor existe realmente un deseo por sociabilizar, lo que podría estar explicando que en parte haya cierta apertura hacia los demás, aún cuando el puntaje obtenido no indica una tendencia clara hacia alguno de los polos (reservado o abierto).

Eysenck (1987; cp. Martínez, 1997), explica que los neuróticos tienen una predisposición hereditaria a eludir a la gente, pero el individuo como un sujeto psicobiosocial según Bronfrenbrenner (1979; cp. Papalia, Wendkos y Duskin, 2005), se ve influenciado por factores sociales o ambientales (escuela, familia, sociedad, cultura); es decir, en el desarrollo de los trastornos de ansiedad intervienen múltiples factores que interactúan entre sí; siendo especialmente relevante la mutua influencia entre el organismo y el ambiente (Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998; y Hettema, Neale; Myers, Prescott y Kendler, 2005).

Entre los factores ambientales en interacción con los hereditarios, el aprendizaje es una variable fundamental tal como lo indica Valencia (s.f.). Según este autor, el proceso de aprendizaje es un factor importante a destacar; siendo los refuerzos positivos recibidos por los demás determinantes en como el individuo se relacionará con su entorno. En este sentido, la muestra de pacientes del presente estudio puede haber presentado en su historia, situaciones de alto nivel de estrés que conllevan a la aparición del trastorno; pero también una cantidad importante de refuerzos positivos en las relaciones interpersonales que les permite mostrar cierto nivel de apertura al momento de socializar. En este sentido, el proceso de psicoterapia y/o de atención médica-psiquiátrica que reciben los pacientes se constituye en un refuerzo positivo que puede influir en los resultados e impulsar el deseo inhibido a relacionarse y socializar referido por Valencia (s.f.).

El equilibrio encontrado en las puntuaciones del Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell, también puede estar explicado por el trato abierto y cálido recibido de personas cercanas y familiares, y el trato

más de tipo cauteloso y reservado ante personas extrañas o de quienes han recibido un trato negativo; tendencia ésta última que puede haber estado promovida por la atención terapéutica recibida por todos los pacientes incluidos en la muestra.

En cuanto al factor B (inteligencia), se encontró que la mayoría de los sujetos tienen una capacidad intelectual promedio. Uno de los requisitos en la selección de la muestra fue que los sujetos presentaran un nivel intelectual que les permitiera responder a los cuestionarios; es decir, un nivel de funcionamiento intelectual promedio o mayor al promedio. En este sentido, es esperado el resultado obtenido.

Según Corredor y Montaña (2007), el rendimiento en escalas de inteligencia se ve influenciado por los altos montos de ansiedad que puede estar experimentando el sujeto; incluso en pruebas que evalúan vocabulario, semejanzas y aritmética, como parte del constructo de inteligencia. Sin embargo, altos niveles de ambición intelectual o tensión por el logro en la vida y respuestas extensas pueden permitir que la puntuación se eleve (Corredor y Montaña, 2007). Por ello, en la muestra utilizada, las puntuaciones promedio son esperadas debido a que se combinan montos de ansiedad con rasgos como la minuciosidad y una tendencia a la percepción detallada del entorno. Una consideración importante a hacer al respecto, tiene que ver con la medicación y remisión de síntomas en los pacientes de la muestra; por lo que los niveles de ansiedad estaban controlados en el momento de la evaluación.

En el factor C (estabilidad emocional) se encontró que son pacientes con altos niveles de emocionalidad y dificultades para adaptar su conducta a la realidad de la situación. Además, tienden a tener una imagen pobre de sí mismos y sentir un nivel muy bajo de satisfacción a partir del logro de metas personales. Este resultado concuerda con la bibliografía mencionada ya que los pacientes con un trastorno de ansiedad o neuróticos suelen estar inundados por las emociones, son lábiles e inestables en cuanto a su estado de ánimo, oscilando entre la inquietud y la euforia, y algunos sentimientos

como rabia y amor, lo cual limita su capacidad de respuesta ante las situaciones (Valencia, s.f; Cattell, 1972).

Los hallazgos encontrados en el factor estabilidad emocional se ven afianzados por la relación significativa que tiene con la impetuosidad o el control de impulsos; es decir, que ambos grupos son sujetos reactivos y cambiantes y con dificultades para controlar sus impulsos y adaptación al medio, asociado además a las dificultades para expresar sentimientos de afecto y calidez en la familia. Se encontró una relación significativa con el factor sensibilidad del cuestionario de los 16 factores de personalidad de Cattell; por lo que la inestabilidad emocional también se relaciona con altos niveles de impaciencia, timidez, sentimentalismo, necesidades de atención e inmadurez. Finalmente, se encontró que siendo sujetos inestables y cambiantes, poseen también cierta flexibilidad y tolerancia con el desorden y las faltas. También, se encontró que el factor de estabilidad emocional se relaciona significativamente con las dimensiones del modelo familiar de Beavers y Hampson (1995); específicamente, competencia familiar disfuncional, un estilo centrífugo, así como altos niveles de conflicto percibido; es decir, la dificultad en el control emocional se asocia a patrones familiares disfuncionales, conflictivos y la tendencia a buscar la satisfacción fuera del grupo familiar.

La inestabilidad emocional descrita por Cattell (1991) pudiera relacionarse con el concepto de diferenciación del self de la teoría de los sistemas familiares de Bowen. Un concepto fundamental de su teoría es la diferenciación del self el cual tiene que ver con la limitación clara entre el sistema emocional, sentimental y el sistema intelectual. Cuando el sistema emocional rebasa al sistema intelectual y controla la conducta del sujeto, el sistema intelectual se ve inhabilitado para aproximarse objetivamente a la emoción (Bowen, 1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003), lo que se traduce en inestabilidad emocional. Al existir esta inestabilidad emocional y ansiedad crónica en uno de los miembros de la familia, el sistema relacional se desequilibra, generando ansiedad en los demás miembros del sistema; lo

que puede estar relacionado con un nivel disfuncional de competencia, conflictividad y un estilo centrífugo según la teoría de familia de Beavers y Hampson (1995).

Al contrario de lo esperado, los resultados en el factor E (Dominancia) sugieren que la mayoría de los pacientes tienden exponer su punto de vista en las relaciones interpersonales de forma agresiva y competitiva. De acuerdo a Guerra, Proenza, y Calero (2002), un ambiente familiar caracterizado por castigos, conflictos e inconsistencias pudiera estar relacionado con la aparición en la infancia de algunas características de personalidad como la dominancia. Es decir, el rasgo dominante encontrado en la muestra pudiera estar relacionado a patrones de interacción familiar y estilos de crianza como los descritos. El liderazgo familiar encontrado en la muestra se encuentra en un nivel estadísticamente significativo dentro la categoría caracterizada por patrones no consistentes y firmes dentro del grupo familiar de los pacientes evaluados, así como la percepción de un nivel medio de conflicto, disfuncionalidad, distanciamiento familiar, y modelos disfuncionales de resolución de conflictos, de acuerdo al planteamiento de Beavers y Hampson (1995).

Para Cattell (1972), los pacientes neuróticos suelen tener puntuaciones bajas en la escala de dominancia; lo que quiere decir que generalmente adaptan sus intereses a los deseos de los demás. Por ende, en las relaciones interpersonales suelen sacrificarse permitiendo y fomentando la posibilidad de que los demás se aprovechen de ellos (Valencia, s.f). Cattell (1972) sugiere que la puntuación en esta escala se ve influida por la seguridad que tiene el individuo en sí mismo. Gonzalez (2004) expone que los sujetos ansiosos obtienen puntuaciones bajas en escalas de autoconcepto; por lo que las puntuaciones bajas que obtienen los neuróticos en el factor dominancia pueden estar influidas por un autoconcepto negativo.

Con respecto al factor F (impetuosidad), se evidenciaron en los sujetos dificultades en el control de impulsos y adaptación a los problemas; como también el retraimiento, la sobriedad y la seriedad. Tal como lo reporta

Cattell (1972), los sujetos neuróticos o con serias dificultades con la ansiedad disponen de pocos recursos psíquicos para enfrentar las distintas situaciones. Al respecto, Guerra, Proenza y Calero (2002), afirman que en familias donde los estilos educativos son inadecuados y donde se utilizan estrategias como los castigos, se ve un deterioro progresivo de los recursos que tiene el niño para la autorregulación. Es por ello que ante familias con dificultades en los patrones de crianza y patologías ansiosas asociadas, el control de impulsos se ve alterado de forma significativa y los recursos para la adaptación se ven limitados. Un hallazgo importante es la relación entre el rasgo de impetuosidad y la expresividad emocional en la familia; donde bajos niveles de expresividad emocional y dificultades con el contacto cálido y afectivo tanto físico como verbal están asociados a dificultades con la regulación de los impulsos, retraído dando una impresión de sobriedad y seriedad.

Según Higgins, Grant y Shah (1999; cp. Madrid, 2000) la regulación normal es un mecanismo que permite al sujeto mantenerse en aquellos estados emocionales preferidos y evitar los que les resultan desagradables. El proceso de autorregulación ocurre por etapas: Ocurre primero una anticipación regulatoria donde el sujeto a partir de experiencias previas, puede prever el posible placer o malestar futuro, y de esta forma sentirse motivado a acercarse o evitar la situación. Una segunda etapa tiene que ver con una referencia regulatoria donde se está motivado a adoptar un punto de vista positivo o negativo de la situación. Finalmente, una tercera etapa tiene que ver con un enfoque regulatorio de promoción o prevención; donde el primero tiene que ver con las metas y la autorrealización y el segundo tiene que ver con las responsabilidades y la seguridad.

En relación con la teoría expuesta anteriormente, los sujetos ansiosos tienden a ver el mundo como algo peligroso por lo que el alto nivel de ansiedad se mantiene en su memoria a largo plazo; por ende, se almacena un esquema de peligro ante las experiencias de la vida cotidiana (Spielberger, 1979; y Butler y Mathews, 1983-1987; cp. Rovella, 2008). En

este sentido, las personas ansiosas en la primera etapa de anticipación se inclinarán por recuperar experiencias previas negativas con primacía sobre las positivas o placenteras por lo que tenderán a la evitación. Posteriormente, en la segunda etapa, tienden a centrarse en los aspectos negativos de la situación y constantemente tenderán a una etapa final de tipo preventivo y no de promoción y autorrealización.

En cuanto al factor G (responsabilidad), se encontró que los sujetos con ansiedad generalizada y trastorno obsesivo, tienden a conformarse y a cumplir las normas y códigos morales establecidos. Para Freud (s.f.; cp. Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003), los pacientes neuróticos padecen de algo a lo que llama ansiedad moral. En dicho fenómeno, el superyó amenaza al sujeto con perder el control sobre los impulsos, situación que genera mucha tensión y angustia en el individuo. Por ello, apegarse a la norma y a los códigos morales parece ser una estrategia de afrontamiento para mantener el control en las diferentes situaciones.

Según Villegas (2001, 2002; cp. Villegas, 2008) desde un punto de vista evolutivo, el desarrollo moral necesita de una neoestructura que interactúe con el medio ambiente dentro de una matriz cultural particular. Para el autor (Villegas, 2001, 2002; cp. Villegas, 2008), el desarrollo moral se divide en varias etapas, experimentando un proceso evolutivo de tipo genético-estructural: la primera etapa llamada prenómica va de 0 a 2 años y antecede a cualquier fase de socialización, en ella el individuo no toma en consideración el bienestar del otro y de forma pasiva se relaciona con el mundo por no poseer recursos suficientes; en esta etapa la ausencia total de autonomía y la dependencia total son características.

En la segunda etapa llamada fase anómica que va de 2 a 6 años de edad, el sujeto empieza a tomar conciencia de sus recursos y va organizando el mundo a su alrededor, el bien y el mal se enmarcan dentro de las propias necesidades y el individuo se siente ajeno a la ley. En la fase heteronómica que va de 6 a 11 años, se abandona un poco el egocentrismo y se va tomando posición en el lugar del otro, el aceptar la autoridad y las

reglas le van permitiendo socializar y se comienza a reconocer una autoridad intrínseca donde se reconoce lo que está bien y lo que está mal. La fase socioeconómica, propia de la juventud, está caracterizada por la individuación y la autonomía; hay una lucha constante entre la pertenencia a los grupos por igualación con los pares y una búsqueda de la diferenciación para distinguirse de los demás y conformar su identidad; el enamoramiento en esta etapa constituye la más plena observación y posicionamiento en el lugar del otro. Finalmente, la etapa de autonomía característica de la edad adulta, está relacionada con la madurez producto de un largo proceso de socialización, se desarrolla un criterio moral propio tomando en consideración los deseos y metas personales y las leyes y reglas de la sociedad.

Para Villegas (2001, 2002; cp. Villegas, 2008), las patologías morales asociadas a la ansiedad se dan en la fase de heteronomía. El autor explica que se ve invalidada la espontaneidad, los ambientes familiares por lo general son vacíos de emocionalidad y donde la expresión emocional puede ser destructiva. Se ven destruidos los criterios internos en este caso y el niño no logra reconocer que es bueno o malo para sí mismo, y constantemente sus pensamientos e impulsos se ven adaptados a las expectativas de la autoridad externa, o la búsqueda de referentes para sentir seguridad en sus actos. Ello concuerda con los hallazgos encontrados en cuanto al estilo familiar según el modelo de Beavers y Hampson (1995), en donde los sujetos con familias centrifugas presentan una expresividad emocional limitada y escasa, y donde los criterios internos no se ven desarrollados debido a que la familia no los provee ya que no los considera parte de sus roles parentales.

Así mismo, Beavers y Hampson (1995) afirman que en familias con un nivel bajo de competencia familiar, los miembros de la familia tienen dificultades para asumir su responsabilidad y reconocer la de los demás dentro de la situación problema, e iniciar conductas de negociación para la resolución del conflicto. En los pacientes evaluados, el conformismo a los

referentes externos y el apego a los patrones morales, pueden estar influyendo en que los sujetos asuman altos niveles de responsabilidad o que le atribuyan la responsabilidad a los demás miembros del grupo; es decir, la capacidad de discriminar entre una acción u otra en un momento determinado puede verse afectado por la procedencia de grupos familiares con un estilo centrífugo según el modelo de Beavers y Hampson (1995), y por la poca diferenciación del self, en la que las emociones y el aspecto intelectual se ven fusionados y la objetividad se ve limitada, según Bowen (1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003). A su vez, esta dificultad en la distribución de la responsabilidad es un potencial disparador de altos montos de ansiedad en el sistema relacional familiar según Bowen (1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003).

Según Corsi (1995), la familia con estructuras verticales en cuanto a la jerarquía, suele dar una gran importancia a las obligaciones más que a los derechos de los miembros. Por lo tanto, aquellos sujetos más débiles en la estructura familiar tienden a alejar de la conciencia sus propias opciones y facultades; ello implica que los niveles de dependencia aumenten y la autonomía personal se vea recortada.

Tomando en cuenta la teoría expuesta, los hallazgos encontrados en cuanto al apego a las normas sociales y a los aspectos morales preestablecidos se pueden explicar a partir de dificultades en etapas previas del desarrollo moral; por lo que los sujetos pierden la visión de sus propios intereses y se ciñen a lo que dicta la ley de forma tal de obtener un mayor nivel de seguridad en sus actos y en el proceso de socialización.

En cuanto al factor H (timidez), se encontró que los sujetos tienden a interactuar con personas extrañas aún cuando mantienen cierto grado de reserva, también se muestran como sujetos sensibles al escrutinio de los demás y cierto temor al fracaso en el contacto interpersonal. Es esperado que las personas con trastornos de ansiedad tengan como rasgo característico la inhibición ante estímulos novedosos o no familiares,

mostrándose como personas tímidas, cautelosas, aisladas e inhibidas socialmente (Valencia, s.f.; y Guillamón, 2004).

Según Freud (cp. Spielberger, 1979), los sujetos ansiosos tienden a maximizar la magnitud del peligro real, debido a experiencias traumáticas previas que se acompañan con altos montos de tensión. Por ello, los sujetos tienden a anticipar constantemente y de forma negativa cualquier experiencia futura, suelen ser desconfiados y con cierto grado de cautela al relacionarse; la misma anticipación negativa de tipo ansioso constantemente los ubica en una posición de valoración amenazante del medio en el que se desenvuelven.

Lo anteriormente mencionado se corrobora desde una postura cognitiva con la explicación de Butler y Mathews (1983-1987; cp. Rovella, 2008), en donde explica que los sujetos ansiosos poseen en su memoria a largo plazo esquemas de peligro que han almacenado, los cuales influyen en la forma que perciben sus experiencias de la vida cotidiana. Los sujetos ansiosos suelen recuperar con mayor facilidad esquemas de amenaza almacenados en redes fijas en la memoria a largo plazo, debido a que son utilizados con más frecuencia y se encuentran más disponibles.

Desde una visión sistémica, se halló que la timidez e inhibición se encuentra relacionada a altos niveles de inestabilidad emocional y un pobre autoconcepto; como también a altos niveles de conflictividad y disfuncionalidad en el grupo familiar. Es por ello que una tendencia alta a la sensibilidad en el escrutinio y evaluación externa, así como cierto grado de temor al fracaso, se relaciona en la familia con niveles de conflicto y culpabilización; así como luchas de poder esporádicas, coaliciones paternas entre la sumisión y el dominio, incapacidad para atender a las necesidades de los demás, sentimientos orientados al polo negativo y descuido por las necesidades afectivas de los miembros; ello pudiera tener como consecuencia y estar afectando los niveles de timidez, pautas inadecuadas de resolución de conflictos y empatía, poca seguridad en sus propios

criterios internos y un autoconcepto orientado al polo negativo (Beavers y Hampson, 1995).

Para Bowen (1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003), una forma que utilizan las familias para manejar altos montos de ansiedad es a partir de las triangulaciones, por lo que solo a un miembro se le atribuyen altos niveles de conflicto, elemento que genera dificultades con la diferenciación del self y por ende dificultades con las aproximaciones al mundo externo de forma objetiva y crítica.

Los sujetos en la escala I (sensibilidad), se describen como impacientes, inmaduros, dependientes y deseosos de atención. Según Valencia (s.f.), los sujetos ansiosos pueden mostrarse hipersensibles o faltos de afecto, por lo que los resultados obtenidos se corresponden en general con los aspectos teóricos expuestos. Guerra, Proenza y Calero (2002), explican que los altos niveles de conflictividad en el núcleo familiar caracterizado por el uso de maltratos y castigos de tipo físico, pueden potenciar la aparición de rasgos de personalidad como baja tolerancia a la frustración, necesidades de afecto insatisfechas y la dependencia. Así mismo, reportan que la expresión afectiva negativa en el vínculo madre-hijo o padre-hijo, conllevan a la vivencia de estados emocionales negativos y carencias emocionales vinculadas directamente al grupo familiar. También se evidencia un constante displacer consigo mismo y con las prácticas educativas de los padres. Todo lo anterior impide el desarrollo normal de la personalidad (Guerra, Proenza y Calero; 2002).

En la misma línea, Cattell (1972) en el perfil de personalidad que propone para los neuróticos, expone que tienden a tener puntuaciones altas en el factor I debido a un trato indulgente en la infancia y necesidades afectivas insatisfechas. Cabe destacar que para Corsi (1995), la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del niño, ausencia del contacto corporal e indiferencia antes los estados de ánimo constituyen un tipo de maltrato infantil (abandono emocional), así como el trato indulgente y el uso de castigos físicos (abuso físico). Rasgos obtenidos en el perfil de

personalidad para los pacientes de la muestra, son indicadores significativos del abuso emocional, como son: falta de confianza en sí mismo (factor I y F), necesidad de ganar o sobresalir (Factor E), demandas excesivas de atención (factor I) y, mucha agresividad o pasividad frente a los demás (factor E) (Corsi, 1995).

El factor L (susplicacia) describe a los sujetos de la muestra como desconfiados y vigilantes en los intercambios sociales, tendiendo a ser hostiles e interpretando la realidad de forma egocéntrica y a partir de detalles. Para Gill, Boies, Finegan y McNally (2005; cp. Yañez, Ahumada y Cova, 2006), la desconfianza es una disposición personal y estable que interactúa como esquema cognitivo y conlleva a las personas a aceptar o desconocer la información, según si es o no congruente con su esquema. En el caso de los desconocidos, la información disponible acerca del otro es muy poca, por lo que tiene un mayor peso las expectativas generalizadas de desconfianza, fundadas en la predisposición del sujeto.

Tal como se mencionó anteriormente, los sujetos ansiosos tienen experiencias previas aversivas en el plano social, por lo que tienden a generalizar dichas experiencias en todos los ámbitos de su vida (Valencia, s.f.). Así mismo, se mencionó que la formación de la personalidad en el aspecto moral de los pacientes ansiosos se ve obstaculizada; y por ende, abandonan su criterio propio del bien y el mal, y se ajustan a patrones externos ya establecidos y fuentes de referencia que le brindan seguridad en sus actos. Es por ello que van a tender a defender de forma rígida su creencia, ya que la incertidumbre o el cuestionamiento de su esquema cognitivo puede producir altos estados de ansiedad e inseguridad (Freud, s.f.; cp. Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; y Villegas 2001-2002; cp. Villegas, 2008); y tal como lo reporta Higgins, Grant y Shah (1999; cp. Madrid, 2000), son sujetos orientados a la prevención y evitación del malestar más que a la promoción y autorrealización.

Una relación significativa está dada entre el estilo familiar y la escala de susplicacia, donde un estilo centrífugo tal como se da en la muestra

utilizada, esta asociado a altos niveles de vigilancia con cierto predominio de hostilidad en el trato social, así como baja aceptación a las imposiciones y condiciones de los demás y la tendencia a considerar solo su propia opinión (Cattell, 1991). Esta actitud suspicaz, intolerante y hostil puede derivar en altos niveles de conflictividad, luchas y culpabilizaciones; lo que es congruente con la relación significativa encontrada entre el factor L y la dimensión de conflicto familiar.

En el factor M (imaginación), los sujetos tienden a ser personas poco prácticas, abstractas, orientadas a las ideas y pasivas. Cattell (1972) expresa que los pacientes neuróticos obtienen puntuaciones altas en este factor, lo que quiere decir que se ven desinteresados por el mundo externo, están envueltos en sus propios pensamientos y son poco flexibles para desechar o cambiar sus propias posturas. Lo expuesto hasta aquí se evidencia en la relación significativa que existe entre el factor imaginación y el factor dominancia; donde los sujetos imponen su punto de vista de forma competitiva, están centrados en sí mismo y en sus propios pensamientos.

Wisk e Israel (1997), expresan que los trastornos de ansiedad pertenecen a una categoría más amplia llamada trastornos de internalización; los cuales se caracterizan por una orientación interna de los conflictos y la alta disposición de recursos psíquicos para su resolución o disminución. Dentro de esta categoría son comunes los trastornos del ánimo, los miedos, la ansiedad, entre otros. Un hallazgo importante tiene que ver con que la escala de neuroticismo propuesta por Eysenck se relaciona directamente con la aparición de algunos trastornos de internalización (Maestre, Moya, Edo, Mezquita, Ruiperez y Villa, s.f.). Así mismo, Eysenck describe que altos niveles de neuroticismo están asociados a altos niveles de introversión, que a su vez se relacionan con altos niveles de actividad cortical, por lo que la búsqueda de estimulación externa se reduce (Martínez, 1997).

Se espera por ello que los pacientes evaluados estén orientados a sus propios pensamientos, pasivos y abstractos; debido a que tienen altos

niveles de actividad cortical que los hace alejarse de la estimulación externa y a la propia naturaleza de los trastornos de internalización. Valencia (s.f.), agrega que son sujetos reflexivos, lo que apoya la explicación ya mencionada.

En el factor N (diplomacia), los pacientes poseen un equilibrio entre ser francos y transparentes en sus relaciones interpersonales y tener cierto grado de astucia y reserva. Tal como Eysenck y Rachman (1965; cp. Medina, Barranco, Rodarte y Solís, 2011) lo expone, los sujetos con puntuaciones altas en neurosis tienden a ser desconfiados y ello viene determinado en gran medida por el aspecto genético y fisiológico, específicamente la susceptibilidad genética y la activación del sistema nervioso autónomo. Si bien son sujetos que están interesados en las relaciones interpersonales (Valencia, s.f.), son personas que por condicionamiento, aprenden con mayor rapidez sobre todo las experiencias aversivas y recuerdan la información negativa por mucho más tiempo, por lo que la extinción es mucho más lenta (Eysenck y Rachman, 1965; cp. Medina, Barranco, Rodarte y Solís, 2011). Es por ello que se encuentran abiertos a las experiencias interpersonales, pero mantienen ciertas conductas de cautela, reserva, desconfianza y suspicacia.

El factor O (seguridad) describe a los sujetos con altos niveles de aprehensión e inundados por sentimientos de culpa e inseguridad. La culpa puede ser un mecanismo adaptativo de socialización, en la cual el sujeto reconoce su responsabilidad en el daño hecho y asume conductas reparatorias. Sin embargo; en niveles muy altos, la culpa puede ser patológica. Para este último caso, los sujetos suelen verse como responsables de una gran parte de los eventos ocurridos inevitables o no, y los sentimientos de culpa los invaden (Lederman, 1972; cp. Rowan, 2000). Rollo May (1991; cp. Rowan, 2000) asegura que la culpa tiene tres dimensiones, la primera es derivada de la relación con la naturaleza donde se reconoce que las acciones propias pueden influir en elementos externos; la culpa interpersonal relacionada con la conciencia de la incapacidad de

comprender al otro y satisfacer sus necesidades y; finalmente, la culpa intrapersonal donde el sujeto niega su libertad a costa de mantener la seguridad.

Ello se relaciona con las puntuaciones obtenidas en el factor L (susplicacia) y en el factor M (imaginación) donde los sujetos tienden a tener una visión egocéntrica y detallada de lo que ocurre a su alrededor, y poseen un alto nivel de centramiento en sí mismos por la misma naturaleza de la internalización como pauta de funcionamiento. Adicionalmente, son sujetos como ya se mencionó en el factor G (responsabilidad), que se apegan a las normas, moral e ideales del grupo normativo, por lo que tienden a culpabilizarse si transgreden alguna de estas pautas.

Así mismo, la seguridad (factor O), se relaciona de forma significativa con la dimensión salud/competencia familiar y liderazgo; donde la inseguridad y aprensión se relacionan con una competencia familiar de tipo disfuncional; es decir, la familia no cumple las funciones de apoyo y sustento de forma efectiva, los límites entre los niveles generacionales no son claros, las figuras de liderazgo no son firmes y hay dificultades en la comunicación y la resolución de conflicto. Dentro de dicha dimensión familiar; también se puede mencionar la relación entre un estilo centrífugo y altos niveles de conflictividad y altos niveles de inseguridad; es por ello que los niveles de inseguridad y culpa que invaden al sujeto, así como los altos niveles de conflicto, lo alejan del grupo familiar obligándolo a buscar la satisfacción fuera del sistema.

El factor Q1 (rebeldía), describe a los sujetos de la muestra como equilibrados entre la flexibilidad y la rigidez ante los cambios; son sujetos apegados a lo conocido y familiar, pero con cierta apertura a la innovación y a la adaptación a las nuevas circunstancias. Una relación significativa que pudiera estar explicando dichos patrones, tiene que ver con la rebeldía (factor Q1) y la dominancia (factor E); en este caso, los sujetos pudieran estar mostrando cierta apertura a los cambios y a la innovación, influenciados por su tendencia a exponer su punto de vista y a ser

competitivos. A su vez, se encontró que ante niveles altos de apertura al cambio, la cercanía familiar es menor.

Guillamón (2004), explica que sujetos en donde el neuroticismo es alto, tienden a ser desconfiados y evitarán aquellos estímulos desconocidos o poco familiares. Sin embargo, si se toman en cuenta los factores de personalidad como un conjunto interrelacionado y no como elementos aislados, dicho equilibrio puede estar influenciado por la apertura moderada en las relaciones interpersonales (factor A), y los recursos intelectuales promedio (factor B) con los que cuentan los sujetos, aún cuando tienden a ser sumisos, desconfiados, cautelosos, y con cierta rigidez.

Para Guilford (1950; cp. Ferrando, Prieto, Ferrándiz y Sánchez, 2005), la creatividad forma parte del pensamiento divergente, el cual a su vez es una de las dimensiones del constructo de inteligencia. Si bien asegura que la inteligencia no es garantía de que el sujeto sea creativo, afirma que un bajo nivel intelectual con certeza dificulta la creatividad. Entendiendo la creatividad como la posibilidad que tiene un individuo de resolver problemas con regularidad, definir y crear productos nuevos de forma original y que resulta posteriormente aceptado por la sociedad (Gardner, 1993; cp. Ferrando, Prieto, Ferrándiz y Sánchez, 2005). Puede esto relacionarse con las puntuaciones obtenidas en el factor Q1; si bien son sujetos afectados por los altos montos de aprehensión y tensión, su capacidad intelectual les permite a través del pensamiento divergente adaptarse a los cambios y solucionar problemas de forma creativa e innovadora.

En el factor de individualismo (Q2), los sujetos obtuvieron puntuaciones que indican la tendencia clara a trabajar solos y a considerar al otro como ineficaz y lento. Ello está íntimamente relacionado con los altos niveles de desconfianza y suspicacia en el trato con el otro, así como la desvalorización dentro del grupo familiar; cuando el estilo tiende a ser centrífugo según el modelo familiar de Beavers y Hampson (1995), lo que impide que los sujetos en situación de carencia puedan dar valor y confianza

a los demás. Así mismo, se puede relacionar con los resultados obtenidos para el factor E (dominancia), donde los sujetos son descritos como agresivos y competitivos a la hora de exponer sus puntos de vista.

Adicionalmente, se encontró que a medida que los sujetos avanzan en la edad, tienden a ser más individualistas, autosuficientes y aislados, prefiriendo trabajar solos. Costa y McCrae (1988; cp. Cardenal y Fierro, 2001) encontraron que a mayor edad disminuye la apertura a la experiencia y los niveles de extraversión, reportan que en la segunda mitad de la vida adulta los sujetos son más reflexivos, introvertidos, retraídos y conformistas; lo que pudiera estar explicando el resultado encontrado. A su vez, Papalia (1997) sugiere que en la edad adulta intermedia y tardía, las personas pasan por un proceso de reestructuración de roles y de la dinámica familiar debido a que los hijos se han independizado, y cuentan en menor medida con la atención de los hijos; lo que implica la necesidad de desarrollar estrategias de autocuidado que implican un mayor grado de autosuficiencia. Esto puede verse exacerbado en el caso de la muerte de la pareja.

El factor Q3, referido al cumplimiento, o el grado de acercamiento del sujeto al concepto de “yo idealizado”. Son sujetos en este caso que tienden a tolerar el desorden y la ambigüedad. Relacionado con el factor Q1 (rebeldía), donde los sujetos son tolerantes a los cambios y con recursos disponibles para la adaptación. Albanesi, Garelli y Masramon (2009), afirman que no existe una relación clara y significativa entre algún estilo en particular de personalidad y la variable flexibilidad cognitiva o tolerancia por los cambios y la ambigüedad. Albanesi, Garelli y Masramon (2009), definen a la flexibilidad como la capacidad de atender a varias situaciones a la vez cambiantes en el entorno y analizar de forma holística el cumplimiento de los cambios esperados. Así mismo, Seisdodos (1994), relaciona la flexibilidad con la inteligencia y algunos de sus procesos mentales. En el caso de los pacientes observados, si bien se esperaba que obtuvieran puntuaciones por encima del promedio que indicaran cierto grado de rigidez e intolerancia

(Cattell, 1972), puede la capacidad intelectual estar explicando en cierta medida las puntuaciones en dicho factor.

Se encontró que la flexibilidad y la tolerancia al desorden o las faltas se relacionan con un estilo familiar centrífugo y un nivel de competencia disfuncional. Una familia en donde por lo general existen patrones de no confrontación; no hay claridad con respecto a la cercanía; los miembros de la familia vienen y van libremente para permanecer alejados en los períodos de tensión; establecen lealtades con el mundo exterior más que con el grupo familiar; y el estatus de la familia es acelerado, por lo que los cambios ocurren de forma drástica (Beavers y Hampson, 1995); exige flexibilidad y tolerancia al desorden para poder adaptarse a este estilo familiar.

En el factor Q4 (tensión), las puntuaciones obtenidas arrojan de forma clara altos niveles de preocupación y ansiedad y de sentimientos como tensión, frustración, impaciencia e irritabilidad. Es esperado que las puntuaciones obtenidas hayan alcanzado niveles altos por la misma naturaleza de la muestra; es decir, se trata de pacientes con trastornos de ansiedad cuya característica principal es la exacerbación de la intranquilidad y la tensión. Cattell (1972), expone que las escala de neuroticismo y las de ansiedad se relacionan de forma positiva y moderada ($r= 0,5$ aproximadamente); siendo una ansiedad alta parte del neuroticismo. Es por ello que la puntuación alta en ansiedad o tensión se comporta tal como lo esperado según el sustento empírico. Guillamón corrobora lo dicho a partir de su estudio en el año 2004, donde encuentra que la ansiedad como rasgo se relaciona con un nivel alto en la escala de neuroticismo del cuestionario de Eysenck.

Una vez descrito y explicado el comportamiento de los sujetos en los 16 factores de personalidad de Cattell, se procederá a discutir los resultados obtenidos en cuanto al modelo de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson (1995).

Se encontró que el nivel de salud competencia percibido por los sujetos tiende a ser medio; es decir, los sujetos reportan que existen límites claros entre los miembros del grupo familiar aún cuando la expresividad emocional es limitada y negativa: predominan sentimientos de ansiedad, cólera y depresión, indefensión y culpa. La expresión limitada de los sentimientos propios viene dada por la adecuación a la figura de autoridad dominante dentro del grupo familiar (Hechfe y Tarbes, 1997). Si bien Beavers y Hampson (1995) diferencian entre los pacientes neuróticos en general y los pacientes obsesivos en cuanto a competencia familiar; el patrón esperado para los primeros (neuróticos) es medio, lo que se corresponde con los hallazgos de la presente investigación.

En la dimensión de estilo, los resultados indican que el estilo familiar de los pacientes evaluados tiende a ser centrífugo. Este hallazgo es distinto a lo esperado; ya que de acuerdo Beavers y Hampson (1995), tanto los pacientes obsesivos compulsivos, como los pacientes con ansiedad generalizada presentan un estilo centrípeto, caracterizado por ser inflexible y dirigido hacia el interior del sistema, teniendo a la familia como principal fuente de gratificación de las necesidades emocionales. En estas familias el estatus está relacionado con el rol de forma rígida, tienden a ser dependientes, manipulados y culpabilizados con respecto a la figura de autoridad y los niveles de desafío son mínimos; tienden interiorizar sus sentimientos y a no expresar posturas contrarias a las establecidas. Los sentimientos más comunes son la ansiedad y la depresión.

Sin embargo, las características atribuidas a un estilo familiar centrífugo concuerdan con los hallazgos respecto a los rasgos de personalidad del Cuestionario de los 16 Factores de Cattell; es decir, con inestabilidad emocional, altos niveles de dominancia, individualismo, equilibrio entre la apertura y la reserva en las relaciones interpersonales; y apego a las normas y referentes externos. En concordancia, Beavers y Hampson (1995) describen que las familias con un estilo centrífugo, son familias desarticuladas, con patrones manifiestos de culpabilización, con

dificultades para expresar y controlar sus emociones, con altos niveles de desafío, rabia, altos niveles de independencia, salidas abruptas del grupo familiar y poco nivel de resolución de conflicto a través del diálogo. Así mismo, Bowen (1991; cp.), expresa que este tipo de familias tienden a formar triangulaciones y coaliciones de forma que se exteriorizan los conflictos y de desplazan a un tercer miembro que se convierte en el depositario del conflicto familiar y de la culpa; lo que produce, tal como se mencionó anteriormente, bajos niveles de diferenciación del self.

El nivel socioeconómico bajo podría estar influyendo en que el estilo de las familias de los pacientes de la muestra sea centrífugo; ya que según Beavers y Hampson (1995), las familias en un nivel socioeconómico bajo tienden a tener un estilo global centrífugo, debido a que hay un mayor número de abandonos, más conflictos paternos manifiestos y un alcance de la independencia por parte de los hijos a tempranas edades.

En la dimensión de conflicto, los sujetos perciben que existe un nivel medio de conflicto no resuelto; así como también un nivel medio de luchas y culpabilizaciones y discusiones. Sin embargo, también reportan que perciben dentro del grupo familiar un nivel medio de negociación y aceptación de la responsabilidad personal. Según Beavers y Hampson (1995), la escala de salud/competencia está relacionada directamente con las demás escalas (conflicto, expresividad, liderazgo y cohesión); es por ello, que ante un nivel medio de salud competencia, se esperaría también un nivel medio de conflicto familiar. Lo anteriormente expuesto puede explicar las puntuaciones obtenidas en la escala de expresividad emocional, donde se evidencian dificultades para demostraciones de afecto y cariño, al igual que un nivel medio de satisfacción y felicidad cuando el grupo familiar está junto (cohesión); y una percepción de figuras de liderazgo poco firmes y consistentes con altos niveles de confusión; como también límites externos tenues y búsqueda de satisfacción fuera del grupo familiar (estilo centrífugo).

Conforme a los hallazgos de Beavers y Hampson (1995), las relaciones obtenidas en la presente investigación apuntan a que en efecto, patrones

inconsistentes y poco firmes de liderazgo; y mayores niveles de distanciamiento y bajos niveles de expresividad; se asocian con niveles disfuncionales de competencia en el grupo familiar. A su vez, menores niveles de expresividad emocional, de cariño y afecto, y un estilo centrífugo; se asocian con mayores niveles de conflicto.

Un hallazgo importante tiene que ver con que los altos niveles de tensión se relacionan con un nivel disfuncional de competencia familiar, un estilo centrífugo, altos niveles de conflicto, menores niveles de expresividad emocional y menor grado de cercanía familiar. Estos hallazgos están sustentados por el modelo de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson (1995); ya que establece que un nivel de competencia sano se relaciona con menores niveles de conflicto, mayores niveles de negociación, mayores de cercanía, un estilo mixto y mayores niveles de liderazgo y expresividad. Las relaciones significativas encontradas describen a familias disfuncionales, a las cuales les cuesta la adaptación a las crisis y cambios evolutivos de sus miembros; hay distanciamiento entre los mismos, lo que hace que los límites sean difusos, la claridad relacional es mínima, el funcionamiento de la familia es aleatorio, y no hay intercambios interpersonales satisfactorios; lo que se asocia con altos montos de ansiedad (Colom y Quiles, 2000; Preister, 1980; cp. Quintero, 1997; Pietri, 2003).

Así mismo, un estudio realizado en Venezuela por Williams y Antequera (1995), corrobora los resultados obtenidos. Los autores utilizaron la escala de clima familiar de Moos, y reportan que el 28,2% de la muestra estudiada (1.261 familias) poseen una tipología de tipo III; es decir, son familias orientadas al conflicto, donde si bien los miembros se propician entre sí mutuas agresiones también se brindan apoyo y ayuda mutua; asociado con niveles medios de negociación. También, se relaciona con liderazgo, ya que las normas del funcionamiento familiar y de estructuración, no se encuentran claramente explícitas.

Según lo encontrado, los pacientes obsesivos-compulsivos y los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada perciben que sus familias centran su atención en elementos externos al sistema relacional, tendiendo a culpabilizar a los miembros del grupo familiar por los conflictos y las carencias manifiestas, y se perciben a sí mismos como víctimas del grupo familiar. Ello se evidencia en la falta de apoyo y contención emocional; siendo ésta una de las funciones principales de la familia (Quintero, 1997); la mediación de la angustia y la falta de modelos de solución de problemas, por lo que no contribuyen a la conformación de una autoestima sólida y a un nivel adecuado de diferenciación del self. Esta dinámica familiar, aunada a la posible vulnerabilidad biológica, potencia la aparición de trastornos del espectro ansioso (Beavers y Hampson, 1995; Bowen, 1991; cp. Luna, Portelas y Rojas, 2003; Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998; Hettema, Neale; Myers, Prescott y Kendler, 2005).

Es importante mencionar que las variables y elementos mencionados hasta aquí resultan posibles predictores de la aparición de trastornos de ansiedad. En cuanto a las hipótesis planteadas en la presente investigación, solo se comprobó una de ellas; es decir, los pacientes obsesivos-compulsivos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada en el factor E (dominancia); es decir, los pacientes obsesivos son más dominantes.

Inicialmente, se había planteado que los pacientes obsesivos-compulsivos obtendrían puntuaciones promedio en la escala E (dominancia), debido a que los autores que describían a los sujetos con dicho trastorno a partir de adjetivos de personalidad, daban cuenta de características como sumisión, terquedad e intransigencia (Rocamora, s.f.); que al ser opuestas, ubicarían al sujeto en una posición promedio en dicho factor. Para los pacientes ansiosos generalizados, los autores proponían adjetivos descriptivos más claramente orientados a la sumisión y la poca asertividad (Lozano, 2010), asociados a bajas puntuaciones en el factor dominancia. El planteamiento de la hipótesis era que los pacientes obsesivos obtendrían

puntuaciones más altas que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada; si bien la dirección de la hipótesis se mantuvo, las puntuaciones fueron más altas para ambos grupos. Esto último puede estar explicado porque en la sociedad actual, la competitividad; relacionada con la dominancia, suele ser algo valorado como positivo, relacionado con el prestigio, la obtención de cierto estatus, la aprobación social y el mejoramiento del autoestima (Saberri, 2009).

Entendiendo la dominancia desde un punto de vista más competitivo, orientados a exponer de forma firme su punto de vista y a la poca adaptación a los intereses de los demás; los pacientes obsesivos podrían estar teniendo puntuaciones altas en dicha escala, porque tienden a proteger su trabajo y su espacio personal, sus ideas, puntos de vista y derechos; dentro de los grupos asumen papeles destacados, tomando la iniciativa y formulando planes de acción grupal; en donde sus ordenes y directrices deben ser seguidas según lo planteado por el sujeto (Seisdedos, 1994).

Adicionalmente, un estilo familiar centrífugo; que caracteriza a la muestra evaluada, presenta figuras de autoridad ausentes o dispersas (liderazgo inconsistente); que al no proveer apoyo ni seguridad afectiva, obligan al sujeto a ser autónomo a temprana edad, autorregularse, defender su espacio personal, posesionarse de las cosas y adaptarse a las normas por sí solo (Beavers y Hampson, 1995). Las puntuaciones altas en dominancia pueden estar relacionadas con esta característica del estilo centrífugo; ya que la dominancia puede surgir como forma de compensación de la ausencia de un grupo familiar que cumpla con una de sus funciones fundamentales: la inserción del individuo a la sociedad (Quintero, 1997).

En el caso de los pacientes con ansiedad generalizada, las puntuaciones menores en comparación con los pacientes con un trastorno obsesivo, pueden estar influenciadas por la valoración que hace la familia de la competencia y la colaboración como patrones de comportamiento. En familias o grupos donde la colaboración es más valorada, los sujetos tienden

a abandonar sus propios intereses y trabajar por el bien colectivo adaptándose a los intereses del grupo (Saberri, 2009).

El segundo factor donde las diferencias resultaron significativas, fue el factor B (inteligencia). En este caso, los sujetos obsesivos resultaron tener una mayor capacidad intelectual que los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada. Este resultado puede deberse a que si bien ambos grupos se ven afectados por la ansiedad en la ejecución en los ítems de inteligencia tal como se reportó anteriormente (Corredor y Montaña, 2007), las mismas características mencionadas para el grupo de pacientes obsesivos; es decir, la tendencia al perfeccionismo, la preferencia por el detalle, la autoexigencia y rigurosidad; así como la ambición, la reflexión y la racionalidad, pueden hacer que las puntuaciones en los ítems de inteligencia sean mayores. De la observación que se realizó de los sujetos mientras contestaban al cuestionario de personalidad, se puede decir que los pacientes obsesivos compulsivos se mostraron más dedicados y reflexivos mientras contestaban; por lo que se puede hipotetizar que debido al escrutinio y el esfuerzo pudieron analizar y dar respuesta a los ítems de inteligencia; mientras que los pacientes con ansiedad generalizada tendían a dedicar menos tiempo a cada una de las respuestas; y ante altos niveles de dificultad, tendían a responder de forma impulsiva u omitir el ítem.

Marañón y Pueyo (1999) afirman que la inteligencia se ve influida por la raza u origen étnico; por razones genéticas y ambientales; por la ocupación, el nivel de escolarización, las intervenciones educativas, el ambiente familiar y los factores perinatales. Estos factores podrían estar influyendo en los resultados obtenidos.

Las demás hipótesis planteadas en cuanto a las diferencias entre los trastornos en cuanto a rasgos de personalidad y competencia familiar no fueron corroboradas. Ello puede deberse a distintos factores relacionados con los instrumentos de evaluación y la muestra.

En cuanto a la muestra, si bien Meltzoff (2000) expresa que un número de 20 o 30 sujetos aporta información estadísticamente significativa, haciendo la salvedad del cumplimiento de los supuestos para cada uno de los tipos de análisis; se esperaba contar con un número mayor de sujetos que aumentara la potencia de la prueba estadística, la capacidad de generalizar los resultados, utilizar estadísticos más robustos y aportar mayor estabilidad a los resultados; es decir, aumentar la probabilidad de que los resultados se deban realmente a la influencia de la variable independiente y no al azar (Kerlinger y Lee, 2002). No fue posible encontrar un mayor número de sujetos, debido a limitaciones en cuanto a la incidencia, y el acceso y contacto con los mismos a través de las instituciones de salud, así como la limitante del tiempo.

Aunado al tiempo, se esperaba que la administración de los instrumentos durara por paciente entre 45 y 60 minutos. Sin embargo, se encontró que el tiempo promedio de aplicación fue de 120 minutos, incluso en casos extremos la aplicación duró 4 horas. En el caso de los pacientes obsesivos compulsivos; la rumiación, la reiteración y el detenerse en detalles innecesarios también contribuyó a la extensión del tiempo de aplicación de los instrumentos. También contribuyó el modo en que se aplicaron los instrumentos, las preguntas y dudas constantes que los sujetos expresaban sobre los instrumentos; y por otro lado, los sujetos sentían la libertad de explicar de forma detallada y extensa su problemática con la ansiedad y su experiencia de vida; que por razones éticas, no se limitaba; así como el comentario de cierto ítems que llevaban al sujeto a pensar en experiencias personales que deseaban comentar. Esto último puede entenderse debido a que los pacientes evaluados habían recibido una atención psicoterapéutica y/o psiquiátrica previa, que los entrena para hablar y reflexionar sobre sí mismos frente a alguien relacionado con el área de la salud mental.

Por lo general, las investigaciones en el ámbito de la psicología clínica suelen realizarse durante largos periodos de tiempo utilizando bases de datos para localizar a los sujetos de forma más rápida y eficaz (Clark,

Rodgers, Caldwell, Power y Stansfeld, 2007; Smoller et al. 2008 y Hettema et al. 2005). En este caso, no se contaba con información previa de posibles sujetos que pudieran pertenecer a la muestra y el límite de tiempo impidió obtener un mayor número de sujetos. Así mismo, la inclusión de los sujetos a la muestra fue evaluada por las listas de chequeo; sin embargo, la posibilidad de haber incluido sujetos con un diagnóstico errado es posible. Las mismas características del sistema de salud pública, en donde el servicio asistencial es escaso y la demanda es muy alta, conlleva a diagnósticos rápidos para poder abarcar de forma rápida un mayor número de sujetos; siendo los errores de diagnóstico probables.

En cuanto al Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad de Cattell, es un instrumento ampliamente utilizado y con un gran número de investigaciones asociadas (Pérez et al. 2004, Aluja y Blanch, 2003 y Espinar, Díaz, Sánchez, Blánquez, Torres y Villegas, 1997). El mismo Cattell (1972), dedica parte de sus obras a exponer como el inventario logra hacer una distinción clara y eficaz entre sujetos normales y pacientes clínicos, y entre pacientes clínicos entre sí, incluyendo algunas otras patologías como narcisismo, psicopatía y psicosis. Siendo los pacientes con trastornos de ansiedad un grupo muy homogéneo, el 16PF resulta pertinente, debido a que arrojando 16 factores de personalidad pudiera diferenciar entre los sujetos con trastornos de ansiedad.

Sin embargo, los resultados obtenidos podrían indicar que existen ciertas fallas con el instrumento con el cual se midió el constructo de personalidad. Algunos estudios (Cáceres y Otero, 1989) han encontrado que los factores de dicho cuestionario no son realmente independientes de forma total entre sí, ni suficientemente homogéneos. Dicha dificultad fue encontrada al momento de describir y diferenciar a los sujetos en cada uno de los factores, encontrándose que había características comunes para varias escalas y altos niveles de solapamiento. Ello también se encuentra en cuanto a los adjetivos utilizados para describir cada factor; es decir, un lenguaje natural con palabras ambiguas y sinónimas; con definiciones

basadas en el sentido común, imprecisas e inconsistentes, (Fiske, 1949; cp Choragwicka, 2010).

Norman (1963; cp. Choragwicka, 2010), realiza un estudio con la escala de personalidad propuesta por Cattell, y encontró 5 factores en la estructura factorial caracterizado por un alto nivel de amplitud; sin embargo, el mismo autor (Norman, 1963; cp. Choragwicka, 2010), expresa que sin duda los cinco factores encontrados no satisfacen a todo el dominio y la complejidad de la personalidad. Ello se corrobora con la afirmación de (Bausela, 2005), con que el 16PF parece más completo, ya que incluye medidas de inteligencia, actitudes sociales y aspectos no considerados en el sistema de Eysenck.

En cuanto al inventario de autoreporte familiar de Beavers y Hampson (1995), el inventario está desarrollado a partir de 25 años de investigación psiquiátrica, mezclado con la teoría de los sistemas; el cual posteriormente se transformó en un modelo de psicoterapia familiar. El valor heurístico del instrumento recae en la unión de un modelo psiquiátrico con un modelo de la psicología clínica, incluyendo conceptos clínicos esenciales producidos por el campo en terapia familiar; como por ejemplo, la teoría de Minuchin, y el énfasis de Bowen en la diferenciación del Self. Estos conceptos permiten el abordaje clínico de los pacientes y su enfermedad como un fenómeno contextual, relacionado con la premisa básica del modelo de Brofenbrenner. A su vez, el modelo e instrumento desarrollados por Beavers y Hampson (1995) permite la organización y sistematización del complejo fenómeno de funcionamiento familiar. Este instrumento ha sido utilizado en muestras con problemas de conducta, enfermedades psicosomáticas, psicosis y drogadicción. (Beavers y Hampson, 1995).

A pesar de ello, puede que el instrumento no tenga la potencia para poder diferenciar entre dos trastornos con alta varianza común, a pesar de que supone que puede diferenciar entre pacientes obsesivos y pacientes neuróticos. Un elemento explicado a destacar tiene que ver con quién hace la valoración de la familia. Beavers y Hampson (1995) resalta que la

valoración de un solo familiar no resulta del todo objetiva, y mucho menos en familias clínicas con cierto grado de disfuncionalidad; debido a que las puntuaciones, en cada una de las dimensiones, que cada miembro de la familia y el evaluador experto puedan estar asignando, suelen variar entre sí. Con ello, no se está afirmando que la valoración que hace cada uno de los miembros es buena o mala; sino que cada individuo tiene una percepción diferente de lo que ocurre en el sistema familiar, por lo que debe tomarse en cuenta la percepción de cada miembro.

El tipo racial o etnia de los pacientes no es un factor que pueda estar influyendo en las puntuaciones en estilo y competencia, pero que sí podrían estar influyendo en la expresividad emocional. Por ejemplo, las familias de origen afroamericano tienden a tener un equilibrio entre sentimientos negativos y positivos, y a ser menos atentas con las necesidades de dependencia de los hijos; mientras que las familias hispanas tienden a desaprobear sentimientos negativos y se sienten más cómodas atendiendo las necesidades de dependencia (Beavers y Hampson, 1995).

Adicionalmente, un aspecto técnico en cuanto a la administración del instrumento pudo ser relevante en los resultados obtenidos. La instrucción hace referencia a que el sujeto responda a los ítems pensando en cómo ve a su familia ahora; sin embargo, no se especifica en la instrucción si debe responder según su familia de origen (padre, madre y hermanos), o a la familia actual que pudo haber conformado el mismo sujeto (esposa e hijos). En la muestra, por el amplio rango de edad (19 a 71), la variabilidad en cuanto a familia de origen o familia conformada pudo influir en cómo el sujeto respondió a los instrumentos. En caso que el sujeto haya respondido según su familia de origen, aún cuando en la actualidad ya haya conformado su propia familia; otras variables como la madurez, la memoria, la experiencia, entre otras; pudieron haber influido. No es posible determinar en qué proporción y de qué forma respondieron los sujetos en cuanto a este elemento; sin embargo, es un punto a considerar en futuras investigaciones.

El sexo, aún cuando no formaba parte de las variables independientes; resultó ser una variable significativa para el modelo. En este sentido, los hombres presentaron en mayor proporción que las mujeres un trastorno obsesivo-compulsivo; al contrario con el trastorno de ansiedad generalizada, donde la proporción es mayor en el caso de las mujeres. Dicho resultado es concordante con la incidencia reportada, donde las mujeres poseen una prevalencia del 10% mayor a padecer el trastorno de ansiedad generalizada en comparación con los hombres (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), y en cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, la prevalencia suele ser mayor en la infancia para los niños, aunado con que el inicio es más precoz para los mismos (antes de la pubertad) (Wisk e Israel, 2005).

El sexo también resultó ser una variable significativa para diferenciar a los sujetos en cuantos a los rasgos de personalidad. La sociabilidad obtuvo puntuaciones más altas para el sexo femenino; es decir, las mujeres son descritas como cálidas, generosas y atentas con los demás. También en el factor sensibilidad, las mujeres se describen como más sensibles y sentimentales en comparación con los hombres. En el factor Q1 (rebeldía), los hombres resultaron más abiertos al cambio y a la experimentación en comparación con las mujeres.

Bem (1974; cp. Baron y Byrne, 2005), expresa que los estereotipos de género son definiciones culturales sobre los atributos que son femeninos y masculinos. Explica que las mujeres, culturalmente son descritas como cariñosas, compasivas, gentiles, ingenuas, sensibles a las necesidades de los demás, caritativas, tiernas y comprensivas; mientras que los hombres son descritos como líderes, agresivos, ambiciosos, competitivos, dominantes, independientes, individualistas, corren riesgos, autosuficientes y de personalidad fuerte. Desde la psicología social, las diferencias significativas por sexo pueden estar explicándose desde las concepciones culturales de lo que es aceptado en cuanto a roles y características para cada uno de los sexos.

VI. CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar si hay diferencias en los rasgos de personalidad (sociabilidad, dominancia, responsabilidad, imaginación, rebeldía, individualismo y cumplimiento) y la competencia familiar entre grupos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes obsesivos-compulsivos.

Se encontró que los sujetos obsesivo-compulsivos y los sujetos con un trastorno de ansiedad generalizada obtienen puntuaciones altas en los factores de dominancia, sensibilidad, suspicacia, seguridad, individualismo y tensión; ello quiere decir que son sujetos que exponen su punto de vista de forma agresiva sobre los demás, tienden a ser desconfiados y cautelosos, poseen altos niveles de ansiedad y aprehensión ante las distintas situaciones, prefieren trabajar solos ya que consideran que los demás son lentos e ineficientes, son sujetos impacientes, inmaduros y deseosos de atención.

Así mismo, ambos grupos (ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivo) obtuvieron puntuaciones medio-altas o promedio altas en los factores responsabilidad, imaginación, diplomacia y rebeldía; con ello se puede afirmar que son sujetos que tienden a apegarse a las normas e ideales morales establecidos, son reflexivos y poco prácticos, con cierto equilibrio entre la rigidez ante los cambios y la flexibilidad ante los mismos, así como un equilibrio entre mostrarse abierto y espontáneo en las relaciones interpersonales o reservado y cauteloso. Puntuaciones medias en sociabilidad e inteligencia, indican un nivel de capacidad intelectual promedio, y un nivel de apertura medio, con dificultades para iniciar contactos sociales con extraños.

Puntuaciones bajas en estabilidad emocional, impetuosidad, timidez y cumplimiento para ambos grupos de pacientes (ansiedad generalizada y obsesivos-compulsivos), hacen referencia a que son sujetos que se ven

perturbados por las emociones y los sentimientos, con dificultades en el control de los impulsos, un bajo autoconcepto dando una impresión de sobriedad y seriedad, con cierto nivel de temor y desconfianza hacia los demás y tienden a apegarse a un ideal de yo ubicándolos en una posición mas imaginativa que realista.

En la dimensión de familia los sujetos con un trastorno de ansiedad generalizada y los sujetos obsesivos compulsivos poseen un nivel de competencia familiar medio, con un nivel de conflicto medio y con dificultades en la distribución de la responsabilidad y en la negociación de posibles soluciones. Los patrones de liderazgo son inconsistentes y poco firmes y se presentan dificultades en la expresividad emocional y en el contacto afectivo y cálido.

El estilo familiar de la muestra en general es centrífuga, en este caso se describen como sujetos que perciben a sus familias como desarticuladas, orientadas a la búsqueda de la satisfacción fuera del grupo familiar, con altos montos de independencia y poco nivel de atención a las necesidades afectivas y emocionales. Los roles parentales no se encuentran bien definidos y los límites entre el grupo familiar y el exterior son difusos. Son sujetos que tienden a abandonar el grupo familiar a muy temprana edad y constantemente perciben la ausencia de apoyo y el vacío emocional dentro de la familia.

Se encontró, además, que los sujetos con un trastorno obsesivo compulsivo obtienen puntuaciones significativamente más altas que los sujetos con un trastorno de ansiedad generalizada en los factores inteligencia y dominancia, es decir, los sujetos obsesivos poseen un rendimiento más alto en los ítems referidos a la capacidad intelectual así como una tendencia mayor a proteger su espacio personal, dando su punto de vista y opinión de forma más firme, tomando la iniciativa y dirigiendo acciones de tipo grupal, en comparación con los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada.

El sexo resultó una variable significativa, con la cual se comprobó que los sujetos obsesivos tienden en general a ser de sexo masculino y los pacientes con ansiedad generalizada tienden a ser sujetos de sexo femenino. Así mismo, se encontró que las mujeres poseen puntuaciones más altas de forma significativa en comparación con los hombres en sociabilidad y sensibilidad, y viceversa en el factor de rebeldía, donde los hombres poseen puntuaciones más altas que las mujeres.

Finalmente, se encontró que las escalas del Cuestionario de 16 Factores de Personalidad de Cattell se correlacionan significativamente con las dimensiones del inventario de Autoreporte Familiar de Beavers y Hampson.

Dados los hallazgos, se puede afirmar que las variables rasgos de personalidad y funcionamiento familiar incluidas en la presente investigación; así como el sexo, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, entre otras; que no fueron variables incluidas en el modelo, pueden ser predictores potenciales de la aparición de los trastornos de ansiedad; específicamente, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo. Con ello se puede prevenir y diagnosticar dichos trastornos desde edades más tempranas, de forma tal que la intervención pueda ser más eficiente y el funcionamiento óptimo del sujeto sea preservado.

El presente estudio cuenta con un valor heurístico importante dada la relevancia del estudio y de los hallazgos obtenidos. Ello incita a la realización de numerosas investigaciones que permitan dar respuesta a las interrogantes y discusiones que se derivan del presente estudio.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

En primer lugar, se encuentra la limitante del tiempo para la obtención de la muestra, así como los obstáculos administrativos y sociales para poder contactar a los pacientes a partir de instituciones de salud mental. Ello resultó en que el número de pacientes encontrados no fuese el deseado, limitando el uso de estadísticos más robustos, la obtención de índices de confiabilidad y validez de los instrumentos.

Dicha limitación se relaciona con la selección no aleatoria de la muestra, que pudiera limitar la extrapolación de resultados a la población de sujetos con un trastorno de ansiedad generalizada y un trastorno obsesivo-compulsivo.

Para futuras investigaciones se recomienda solicitar permisos con suficiente tiempo de antelación y empezar la recolección de la muestra de forma inmediata de modo que el número de sujetos se eleve, o extender el tiempo hábil de investigación. Así mismo, incluir sujetos que no presenten ningún tipo de patología (grupo control), que pudieran aportar información adicional relevante para el estudio.

Por otro lado, se encontró una dificultad importante para hallar en la literatura disponible el basamento teórico y empírico acerca de los rasgos de personalidad y el funcionamiento familiar en los trastornos de ansiedad; específicamente, en lo que se refiere a la personalidad; y cuando se trata de un trastorno de ansiedad en específico; como son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. Ello invita a reflexionar sobre el ámbito de investigación en la psicología clínica; realizando una labor de revisión y autocrítica que permita hacer frente a las dificultades y necesidades existentes. Parece haber una demanda de investigación en la psicología clínica que es necesario atender, a través de la realización de investigaciones, y el proceso reflexivo recién comentado.

Una limitación relacionada con la anterior se refiere a la obtención de documentación, una vez que se ha encontrado. Numerosas fuentes de documentación requieren de ciertos requisitos que son difíciles de satisfacer por un estudiante de pregrado; como es, por ejemplo, el requisito de pago para la obtención de un artículo científico. Se recomienda el desarrollo de alternativas que faciliten la obtención de documentación por parte de estudiantes universitarios.

Una limitación que pudo influir en los resultados tiene que ver con las instrucciones de los instrumentos; específicamente, con el instrumento de Autoreporte Familiar de Beavers y Hampson, en donde debe estandarizarse la referencia de la familia en la cual el sujeto debe pensar al momento de responder los ítems; es decir, si se hace referencia a la familia de origen o la familia constituida por el propio sujeto. De igual forma, se recomienda incluir la valoración de todos los miembros de la familia a la cual se hizo referencia en la instrucción para obtener una visión más objetiva del funcionamiento familiar.

En próximas investigaciones se recomienda incluir la variable sexo como una variable independiente ya que se encontró que tiene un valor significativo en el modelo estadístico, al igual que variables como nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad, que pudieran arrojar información relevante.

En próximas investigaciones pudiera recomendarse el uso de un tipo de investigación de corte cualitativo; ello se debe a que las entrevistas con los diferentes pacientes arrojan datos interesantes sobre sí mismos, su historia de vida y su familia; elementos que pudieran dar un gran aporte a la comprensión clínica de los pacientes con trastornos de ansiedad. Dichos datos quedan relegados en el análisis de tipo cuantitativo, perdiéndose riqueza en detalles, y elementos como las diferencias individuales, aún cuando compartan un mismo diagnóstico con los otros pacientes.

Se recomienda para futuras investigaciones utilizar otros instrumentos para la medición de los rasgos de personalidad y competencia familiar, de forma que puedan aportar datos adicionales al campo de la psicología clínica; o en su defecto, realizar investigaciones que evalúen la potencia del Cuestionario de los 16 Factores de Cattell y del Inventario de Autoreporte Familiar de Beavers y Hampson (1995) para diferenciar entre muestras clínicas; específicamente, en sujetos con trastornos de ansiedad.

Se recomienda la replicación del presente estudio de forma que permita corroborar los resultados obtenidos; como también la realización de investigaciones que permitan dar respuesta a los hallazgos encontrados, y ampliar la comprensión de los trastornos de ansiedad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM (4ª ed.)*. Washington, DC: Autor.

Albanesi, S., Garelli, V., y Masramon, M. (2009). Relación entre estilos de personalidad y flexibilidad cognitiva en estudiantes de psicología. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 2-13.

Aldama, J. (2006). *La familia en la perspectiva del año 200* ^ª ed.). Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

Aluja, A., y Blanch, A. (2003). Replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Psicothema*, 15(2), 309-314.

Amador, J., Forns, M., y Kirchner, T. (s.f.). *Cuestionarios de personalidad de Cattell. Documento de trabajo*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

Arismendi, D., y Ramírez, V. (2009). *Influencia del sexo, nivel socioeconómico, funcionamiento familiar, estilos de apego, y apoyo social sobre la percepción de dificultad económica en estudiantes universitarios*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Báez, K. (2002). *Ansiedad. Cómo controlarla*. España: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad.

Baron, C. (2002). *Ansiedad Infantil: Los trastornos explicados a los padres*. México: Lectorum.

Baron, R., y Byrne, D. (2005). *Psicología social (10ª ed.)*. Madrid: Prentice Hall.

Bausela, E. (2005). Modelos alternativos de evaluación de la personalidad: modelo de los cinco factores, modelo 16-PF y otros. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2), 1-29.

Beavers, W., Hampson, R., y Hulgus, Y. (1990). *Self report family inventory*. Recuperado en Abril 19, 2010, de <http://www.iprc.unc.edu/longscan/pages/measures/Ages5to11/Self-Report%20Family%20Inventory.pdf>

Beavers, W., y Hampson, R. (1995). *Familias exitosas: evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.

Beavers, W., y Hampson, R. (2000). The Beavers systems modelo of family functioning. *Journals of family therapy* 2000 (22), 128-143.

Beesdo, K., Pine, D., Lieb R., y Wittchen H.U. (2010). Incidencia y patrones de riesgo de los trastornos de ansiedad y depresivos y categorización del trastorno de ansiedad generalizada. *Archives of General Psychiatry*, 67, (1), 47-57.

Bragado, C., Bersabé, R., y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad y de eliminación en niños y adolescentes. *Psichotema*, 11 (4), 939-956.

Carrera, M., Ayestarán, A., Herrán, A., Sierra, D., y Vázquez, J.L., (2003). Estados emocionales y perfil de personalidad en pacientes con trastorno de angustia. Abstract recuperado en Abril 20, 2010, de la base de datos de psiquiatria.com.

Cattell, R. (1972). *El análisis científico de la personalidad: los test de personalidad*. Barcelona: Fontanella.

Cattell, M. (1991). *Administrator's manual for the 16PF*. Illinois: IPAT Staff.

Cattell, M. (1993). *Cuestionario de los 16 factores de la personalidad (5ª ed.)*. México: Paidós.

Chambers, R., Power, J., y Durham, K. (2004) Relación entre el rasgo de vulnerabilidad y los diagnósticos de ansiedad y depresión en el seguimiento a largo plazo del trastorno de ansiedad generalizada. *Journal Anxiety Disorder*, 18(5), 587-607.

Choragwicka, B. (2010). *Las facetas de los big five y la predicción del desempeño*. Trabajo de Grado de Doctorado no publicado, Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España.

Chorot, P. (1991). Teoría de incubación de la ansiedad: evidencia empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44 (4), 435-445.

Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T., Power, C., y Stansfeld, S. (2007). Childhood and adulthood psychological ill health. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 668-678.

Colom O., y Quiles M. (2000). *La crisis de angustia en la infancia y en la adolescencia*. Recuperado en Febrero 08, 2010, de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa20/conferencias/20_co_c.htm

Corsi, J. (1995). *Violencia familiar*. Argentina: Paidós.

Corredor, M., y Montaña, V. (2007). *Escalas de inteligencia Wechsler: una aproximación emocional*. Artículo presentado en la Cátedra de Evaluación Psicológica I, Caracas, Venezuela.

Domjan, M. (1998). *Principios del aprendizaje y conducta (5ª ed.)*. México: International Thomson.

Espinar, C., Díaz, J., Sánchez, M., Blánquez, M., Torres, A., y Villegas, A. (1997). Personality factors by Cattell's 16-PF in anorexia nervosa versus anxiety disorder and normal controls. *Biological Psychiatry*, 42(1), 260S.

Ferrando, M., Prieto, M., Ferrándiz, C., y Sánchez, C. (2005). Inteligencia y creatividad. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 3(3), 21-50.

Fierro, A. (1986). *Personalidad. Sistema de conductas*. México: Trillas.

Fierro, A., y Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(2), 207-226.

Gonzalez, O. (2004). *Ansiedad y personalidad: un estudio comparativo en los estudiantes universitarios*. Recuperado en Noviembre 19, 2009, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/13669/?++interactivo>

Gilbert, R. (1999). *Connecting with our children (1ª ed.)*. New York: WILEY.

Guerra, V., Proenza, M., y Calero, Y. (2002). La ansiedad: sus particularidades en niños de 7 a 10 años de edad con trastornos neuróticos. *Revista Cubana de Psicología*, 19(1), 73-77.

Guillamón, N (2004). *Ansiedad y Personalidad*. Recuperado en Febrero 27, 2010, de http://www.clinicadeansiedad.com/02/156/Ansiedad_y_Personalidad.htm

Hechfe, M., y Tarbes, M. (1997). *Relación entre el grado de consumo alcohólico por parte de la figura paterna y la percepción que ésta tiene del funcionamiento de su núcleo familiar*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Hernández, P. (1998). *Teoría psicoanalítica de la personalidad*. Recuperado en Febrero 05, 2010, de <http://www.tc.umn.edu/~cana0021/2->

4/TEOR%CDA%20PSICOANAL%CDTICA%20DE%20LA%20PERSONALIDAD%20%20.pdf

Hettema, J., Neale, M., Myers, J., Prescott, C., y Kendler, K. (2005). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*, 2005 (62), 182-189.

Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento (4ª ed.)*. México: McGrawHill.

Kirkcaldy, B., Furnham, A., y Siefen, R. (2010). Social, family and psychological predictors of obsessive-compulsive behaviour among children and adolescents. *School Psychology International Copyright*, 31(1), 42-59.

Kodysz, S. (s.f.). Trastorno obsesivo-compulsivo (T.O.C): breve revisión bibliográfica. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 3, 15-21.

Lozano, J. (2010). *Trastorno por ansiedad generalizada*. Recuperado en Febrero 05, 2010, de <http://www.jhpsicologia.com/ansiedad-generalizada.htm>

Luna, I., Portelas, S., y Rojas, C. (2003). *Exploración y reflexiones acerca de los procesos emocionales- relacionales de la propia familia de origen, vinculadas a la formación del terapeuta, desde la teoría de los sistemas naturales de Murray Bowen: un estudio de casos mediante la utilización de diagramas familiares o genogramas*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Madrid, N. (2000). *La autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional*. Recuperado en Julio 10, 2011, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/emocional.shtml>

Maestre, E., Moya, J., Edo, S., Mezquita, L., Ruiperez, M., y Villa, H. (s.f.). *Relación de la personalidad y los factores de internalización y*

externalización en niños. Artículo presentado en Jornades de Foment de la Investigació, Castellón de Plana, España.

Martínez, J. (1997). Psicología y psicobiología de las diferencias individuales desde la perspectiva de Eysenck. *Anales de psicología*, 13(2), 111-117.

Medina, Y., Barranco, L., Rodarte, B., y Solís, P. (2011). *Sistemas de inhibición (BIS) y activación del comportamiento (BAS): antecedentes y estado actual en el campo de la psicología aplicada*. Recuperado en Julio 11, 2011, de PsicologíaCientífica.com

Meltzoff, J. (2000). *Crítica a la investigación. Psicología y campos afines*. Madrid: Alianza.

Mershon, B., y Gorsuch, R. (1988). Number of factors in the personality sphere: does increase in factors increase predictability of real-life criteria?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 675–680.

Montoya, D. (2003). *La Psicología Clínica: Revisión histórica y contextual*. Recuperado en Noviembre 26, 2009, de www.abacolombia.org.co

Muñiz, J. (1997). Aspectos éticos y deontológicos en la evaluación psicológica. En A. Cordero (Ed.), *La evaluación psicológica en el año 2000* (pp. 307-339). Madrid: Ediciones TEA.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud (10 ed.)*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Palmero, F., Fernández, E., Martínez, F., y Chóliz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano (9ª ed.)*. Mexico: McGraw-Hill.

Paunonen, S., y Ashton, M. (2001). Big five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of Personality & Social Psychology*, 81, 524–539.

Perez, E., Cupani, M., y Beltramino, C. (2004). Adaptación del inventario de personalidad 16PF-IPIP a un contexto de orientación. Estudio preliminar. *Evaluar*, 2004 (4).

Pervin, L. (1978). *Current controversies and issues in personality* (3^a ed.). New York: Mc Graw-Hill.

Pervin, L. (1996). *La Ciencia de la Personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.

Pietri, S. (2003) Relación entre clima familiar y problemas de internalización y externalización del niño en edad preescolar. Trabajo de Grado de Postgrado no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Quintero, A. (1997). *Trabajo Social y procesos familiares* (2^{da} ed.). Buenos Aires: Lumen/Hvmanitas.

Ritchey, F. (2004). *Estadística para las ciencias sociales*. México: McGraw Hill.

Rivas, A. (2009). *Tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes*. Perú: Universidad Católica de Santa María.

Rivera, H. (1996). *Critique of 16PF*. México: Eastern New México University.

Rocamora, A. (s.f.). *Guía practica para el trastorno obsesivo compulsivo: Pistas para su liberación*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y el adolescente* (2^a ed.). Sevilla: Universidad de Sevilla.

Rosellini, A., y Brown, T. (2010). The NEO five-factor inventory: latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment*, 20(10), 1-12.

Rovella, A., (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en humanidades*, 4(1), 179-194.

Rowan, L. (2000). *La ansiedad existencial y la culpa ontológica: Implicaciones para la teoría de la personalidad*. Universidad de Murdoch, Australia.

Saberi, R. (2009). *La psicología de la competencia*. Recuperado en Julio 11, 2011, de http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&langpair=en|es&url=translate.google.co.ve&u=http://ezinearticles.com/%3Fexpert%3DSaberi_Roy&usg=ALkJrhiluOTkEGnp4NUJqaFjUw2eobNG2A

Sakin, N., Ercan, I., Irgil, E., y Sigirli, D. (2010). Anxiety prevalence and affecting factors among university students. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22(1), 127-133.

Seisdedos, N. (1994). *Manual abreviado del cuestionario 16 PF-5*. Recuperado en Abril 17, 2010, de xa.yimg.com/kq/groups/466498/1518443845/.../manual%25252B16pf5.pdf

Sierra, R. (1988). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica (2ª ed.)*. Madrid: Paraninfo.

Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar y Subjetividad*, 3(1), 10-59.

Smoller, J., Paulus, M., Fagerness, J., Purcell, S., Yamaki, L., Hirshfeld, D., Joseph Biederman,, Rosenbaum, J., Gelernter, J., y Stein, M. (2008). Influence of RGS2 on Anxiety-Related Temperament, Personality, and Brain Function. *Arch Gen Psychiatry*, 65(3), 298-308.

Spielberger, C. (1979). *Tensión y Ansiedad*. México: Harper & Row Latinoamericana.

Taboada, A., Ezpeleta, L., y De la Osa, N. (1998). Trastornos por Ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 4 (1), 1-16.

Thobaben, M. (2005). Generalized anxiety disorder (GAD). *Home Health Care Management & Practice*, 17 (140), 140-142.

Thobaben, M. (2008). Client assessment: generalized anxiety disorder. *Home Health Care Management & Practice*, 21 (67), 67-69.

Valencia, E. (s.f.). *Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Recuperado en Abril 20, 2010, de d.yimg.com/kq/.../MILLON-FICHATECNICA%5B2%5D1.doc

Vicente, F., Díaz, M., y Carrasco, J (2000). *Estudio de la personalidad en pacientes con trastorno de pánico y trastorno por ansiedad generalizada*. Recuperado en Febrero 05, 2010, de http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_g.htm

Villegas, M. (2008). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 199-228.

Virues, R. (2005). *Estudio sobre ansiedad*. Recuperado en Abril 23, 2010, de la base de datos de PsicologíaCientífica.

Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 526-555.

Williams, N., y Antequera, F. (1995). Tipología del clima familiar: un estudio en Venezuela. *Revista de Comportamiento, Universidad Simón Bolívar*, 4(1), 82-105.

Wisk R., e Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y el adolescente (2ª ed.)* Madrid: Prentice Hall.

Wu, K., Clark, L., y Watson, D. (2006) Relaciones entre el trastorno obsesivo compulsivo y la personalidad: comorbilidad del Eje I y Eje II. *Journal Anxiety Disorder*, 20, (6).

Yañez, R., Ahumada, L., y Cova, F. (2006). Confianza y desconfianza: dos factores necesarios para el desarrollo de la confianza social. *Universitas Psychologica*, 5(1), 9-20.

Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J., y Salina, S. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19(4), 654-660.

ANEXO A

Listas de Chequeo para los Trastornos de Ansiedad

LISTA DE CHEQUEO (TFS)

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Centro asistencial: _____

Responda SI presenta actualmente o presentó con anterioridad (al momento de asistir al centro de salud mental por primera vez) cada una de las afirmaciones que le leeremos a continuación:

	SI	NO
1. Siente un temor o miedo evidente y persistente (frecuente) por alguna situación social o actuación en público en donde se siente expuesto a personas.		
2. Siente un temor evidente y persistente (frecuente) situaciones sociales en las que se siente o está siendo evaluado por parte de los demás.		
3. Le da miedo actuar de una forma que sea humillante o embarazosa // y/o ser el centro de atención (marcar SI, si presenta al menos uno de los elementos).		
4. En algún momento ha pensado en que dicho temor ante situaciones sociales puede ser o es excesivo o irracional.		
5. Trata de evitar las situaciones sociales, actuaciones en público o ser el centro de atención.		
6. La ansiedad ante situaciones sociales interfiere o perjudica de forma significativa (importante o relevante) su rutina o vida diaria (día a día), sus relaciones sociales (con familia, pareja, amigos, compañeros, etc.) y laborales y le produce un malestar significativo (¿Cómo cree que ha impactado ese miedo en su vida diaria?).		
7. A veces escucha voces / ve / ó siente cosas que los demás no logran ver o sentir. / Una idea me atormenta y me invade constantemente el pensamiento. <i>(Si responde afirmativo a algunas de las opciones, el sujeto se excluye automáticamente del diagnóstico. Explorar a profundidad).</i>		

LISTA DE CHEQUEO (TOC)

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Centro asistencial: _____

Responda SI presenta actualmente o presentó con anterioridad (al momento de asistir al centro de salud mental por primera vez) cada una de las afirmaciones que le leeremos a continuación:

	SI	NO
1. Tiene pensamientos, impulsos, imágenes ó actos (p. ej., lavado de manos muy frecuentemente, poner en orden de objetos de manera repetitiva, comprobar una y otra vez alguna cosa, rezar, contar o repetir palabras en silencio) // Dichos pensamientos, impulsos, imágenes o actos son frecuentes y persistentes (en todo momento, todo el tiempo) // invaden su mente, y le causan ansiedad (intranquilidad, nervios, miedo, angustia) o malestar significativo (¿Cómo ha afectado esto en su vida diaria?) (Si responde si a todas las opciones marcar SI en el {ítem}).		
2. ¿Intenta ignorar (hacer caso omiso, como si no sucediera) o eliminar esos pensamientos, impulsos o imágenes? // ¿Intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos? (si responde si a alguna de las opciones, marcar SI en el ítem).		
3. Siente que esos pensamientos, impulsos o imágenes son producto de su mente (nacen o se crean en su mente) y no son impuestos (colocados allí) por otras personas.		
4. ¿Con los comportamientos (conductas) o actos mentales intenta prevenir o disminuir el malestar? // ¿Intenta prevenir algún acontecimiento o situación negativa con dichos actos, a pesar de que hacer dichas cosas no le genera placer?.		
5. Cree o piensa que los comportamientos y pensamientos pueden ser excesivos e irracionales (exagerados).		
6. Estos comportamientos o pensamientos le generan malestar (angustia, ansiedad) así como pérdida de tiempo, interfieren con su rutina diaria y sus relaciones laborales, sociales, familiares o de pareja.		

LISTA DE CHEQUEO (TAG)

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Centro asistencial: _____

Responda SI presenta actualmente o presentó con anterioridad (al momento de asistir al centro de salud mental por primera vez) cada una de las afirmaciones que le leeremos a continuación:

	SI	NO
1. Siente ansiedad (nervios, miedo) y preocupación excesiva (en exceso) sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar).		
2. ¿Tiene más de 6 meses sintiendo la ansiedad y preocupación excesiva en la gran cantidad de acontecimientos o actividades (como el rendimiento escolar o laboral)? ¿Desde cuando presenta los síntomas? (si es mayor a 6 meses, marcar SI)		
3. ¿La ansiedad se debe a la exposición en público (estar ante mucha gente)? // ¿a estar lejos de la casa o de sus seres queridos?, // ¿a engordar? y/o ¿enfermarse? (si presenta uno de los elementos, marcar SI).		
4. Consume algún tipo de sustancia como alcohol, drogas, etc. (Preguntar por frecuencia de consumo). Marcar SI, solo si el consumo es claramente un posible causante del trastorno)		
5. Padece algún tipo de enfermedad médica que pueda explicar la causa de la ansiedad excesiva que presenta.		
Cuando está ansioso o excesivamente preocupado, siente: (Con presentar al menos uno de los elementos en cada ítem, marcar SI)		
6. Tensión muscular // dolores musculares.		
7. Inquietud // dificultad para relajarse // y/o impaciencia.		
8. Dificultad para concentrarse en alguna actividad // y/o la sensación de tener la mente en blanco.		
9. Irritabilidad (se molesta fácilmente) de forma frecuente.		
10. ¿tiene dificultades para conciliar el sueño (quedarse dormido) o mantenerlo (se despierta en las noches) ó la sensación de tener un sueño no reparador (se levanta agotado, como si no hubiese dormido)?.		

ANEXO B

Inventario de Autoreporte Familiar de Beavers

Inventario de Autoreporte Familiar de Beavers

En cada pregunta, marque la respuesta que encaje mejor con cómo ve usted a su familia ahora. Si piensa que su respuesta está entre dos de los números que van acompañados de una descripción (los números impares), entonces elija el número que hay entre ellos.

	Sí: encaja muy bien con nuestra familia		Un poco: encaja un poco con nuestra familia		No: no encaja con nuestra familia
1. Los miembros de la familia prestan atención a los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
2. Nuestra familia prefiere hacer las cosas juntos en lugar de con otras personas.	1	2	3	4	5
3. Todos damos nuestra opinión cuando se hacen planes en la familia.	1	2	3	4	5
4. Los adultos de esta familia comprenden las decisiones familiares y están de acuerdo con ellas.	1	2	3	4	5
5. Los adultos de esta familia compiten y se pelean entre sí.	1	2	3	4	5
6. Hay cercanía en nuestra familia, pero se deja a cada persona que sea especial y diferente.	1	2	3	4	5
7. Aceptamos a los amigos de los demás.	1	2	3	4	5
8. Hay confusión en nuestra familia porque no hay un líder.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de nuestra familia se tocan y se abrazan unos a otros.	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia se ridiculizan unos a otros.	1	2	3	4	5
11. Decimos lo que pensamos, sea lo que sea.	1	2	3	4	5
12. En nuestro hogar nos sentimos queridos.	1	2	3	4	5
13. Aún cuando nos sentimos cercanos, a nuestra familia le da vergüenza admitirlo.	1	2	3	4	5
14. Discutimos mucho y nunca solucionamos los problemas.	1	2	3	4	5
15. Nuestros momentos más felices son estando en casa.	1	2	3	4	5
16. Los adultos de esta casa son líderes firmes.	1	2	3	4	5
17. El futuro parece bueno para nuestra familia.	1	2	3	4	5
18. En nuestra familia solemos echar la culpa a una persona cuando las cosas no van bien.	1	2	3	4	5

19. Los miembros de nuestra familia van a lo suyo la mayoría de las veces.	1	2	3	4	5
20. Nuestra familia se enorgullece de que haya cercanía entre nosotros.	1	2	3	4	5
21. A nuestra familia se le da bien solucionar los problemas juntos.	1	2	3	4	5
22. Los miembros de nuestra familia expresan con facilidad calidez e interés por los demás.	1	2	3	4	5
23. En nuestra familia podemos pelearnos y gritar sin problemas.	1	2	3	4	5
24. Uno de los adultos de esta familia tiene un hijo que es su preferido.	1	2	3	4	5
25. Cuando las cosas van mal nos echamos la culpa unos a otros.	1	2	3	4	5
26. Decimos lo que pensamos y sentimos.	1	2	3	4	5
27. Los miembros de nuestra familia prefieren hacer las cosas con otras personas a hacerlas juntos.	1	2	3	4	5
28. En nuestra familia nos prestamos unos a otros y escuchamos lo que se	1	2	3	4	5
29. Procuramos no herir los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
30. El estado de ánimo de la familia suele ser triste y deprimido.	1	2	3	4	5
31. Discutimos mucho.	1	2	3	4	5
32. Una persona controla y lidera nuestra familia.	1	2	3	4	5
33. Mi familia es feliz la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5
34. Cada persona asume la responsabilidad de su propia conducta.	1	2	3	4	5

35. En una escala de 1 a 5, yo valoraría a mi familia como:

1	2	3	4	5
Mi familia funciona muy bien junta				Mi familia no funciona nada bien junta. Realmente necesitamos ayuda

36. En una escala de 1 a 5, yo valoraría la independencia en mi familia como:

1	2	3	4	5
Nadie es independiente, no hay discusiones abiertas. Los miembros de la familia se apoyan en los demás en busca de satisfacción más que en personas de afuera		Independiente a veces. Hay algunos desacuerdos. Los miembros de la familia buscan la satisfacción tanto dentro como fuera de la familia.		Los miembros de la familia suelen ir a lo suyo. Hay desacuerdos abiertos. Los miembros de la familia buscan la satisfacción fuera de ella.

ANEXO C

Cuestionario de los 16 Factores de Cattell

ANEXO D

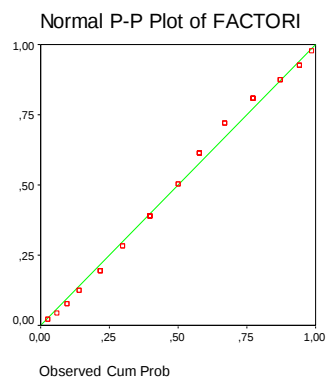
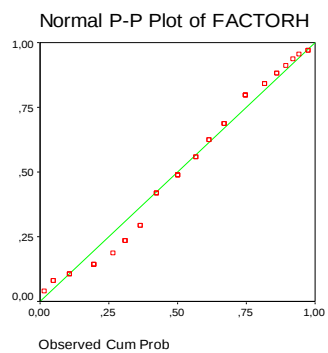
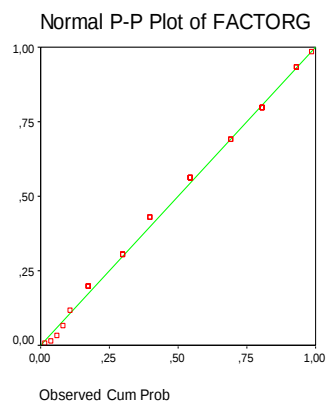
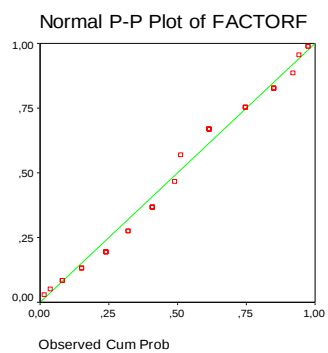
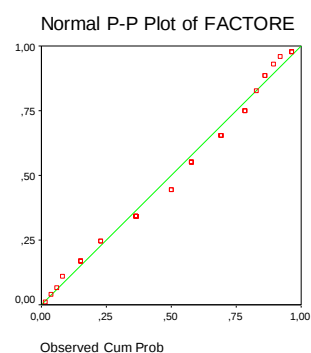
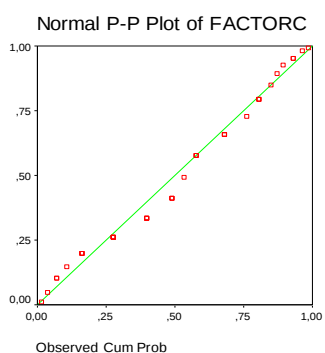
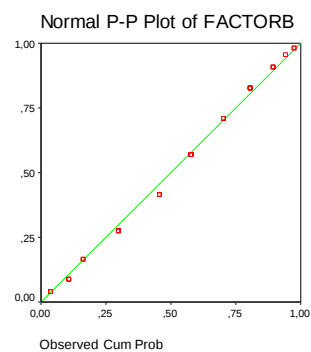
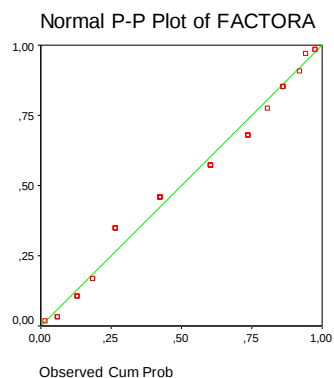
Supuestos de la Prueba t de Student para los 16 Factores de Personalidad de Cattell

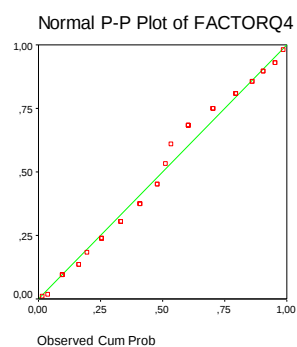
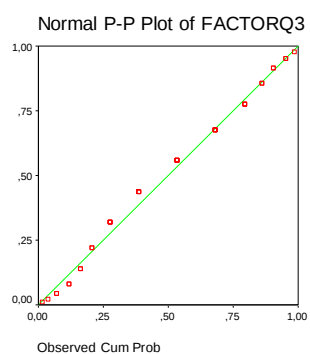
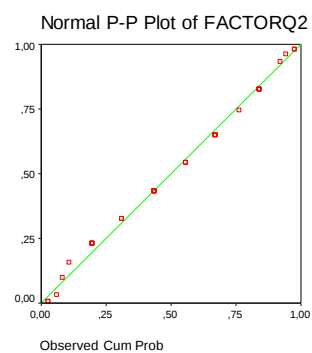
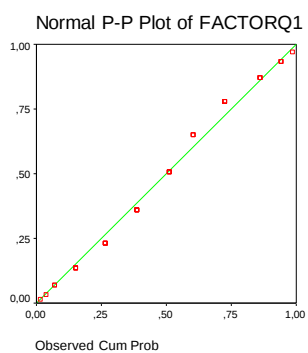
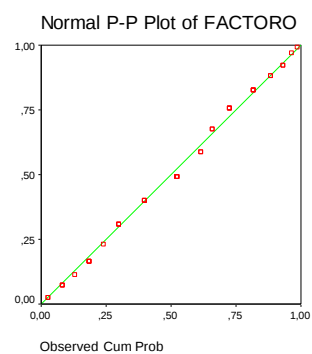
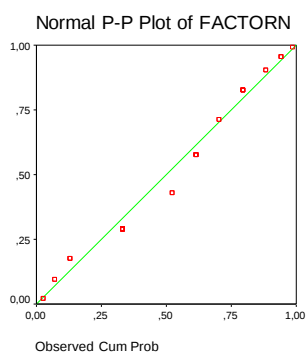
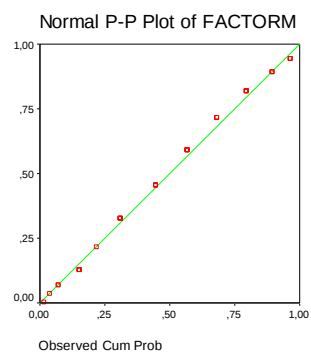
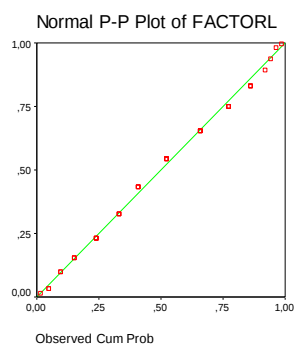
Supuesto de Homogeneidad de Varianza de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
FACTO RA	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,630	,209
FACTO RB	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,043	,838
FACTO RC	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,354	,555
FACTO RE	Equal variances assumed Equal variances not assumed	5,350	,026
FACTO RF	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,716	,061
FACTO RG	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,722	,106
FACTO RH	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,571	,454
FACTO RI	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,957	,169

FACTO RL	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	1, 701	, 199
FACTO RM	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	, 396	, 533
FACTO RN	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	, 042	, 839
FACTO RO	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	, 023	, 881
FACTO RQ 1	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	2, 419	, 127
FACTO RQ 2	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	, 186	, 668
FACTO RQ 3	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	, 275	, 603
FACTO RQ 4	Equal var iances assum ed Equal var iances not assum ed	, 241	, 626

Gráficos P-P de normalidad





ANEXO E

**Prueba t de Student para los 16 Factores de la
Personalidad de Cattell en función del trastorno.**

E1. Estadísticos descriptivos del análisis por t de Student

Group Statistics

	TRASTORN	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FACTORA	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	11,0870	2,9219	,6093
		21	9,5714	3,9443	,8607
FACTORB	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	4,4348	2,3708	,4943
		21	6,7619	2,3432	,5113
FACTORC	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	13,0000	4,8242	1,0059
		21	11,0476	4,6634	1,0176
FACTORE	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	10,1739	2,5163	,5247
		21	13,0000	4,2426	,9258
FACTORF	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	11,4783	3,2033	,6679
		21	11,1429	4,5857	1,0007
FACTORG	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	13,0435	3,3909	,7070
		21	14,0476	2,4388	,5322
FACTORH	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	12,4783	5,3332	1,1120
		21	13,9048	6,3000	1,3748
FACTORI	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	13,1304	3,9463	,8229
		21	12,8095	2,9601	,6459
FACTORL	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	10,1739	3,0399	,6339
		21	11,0476	4,0679	,8877
FACTORM	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	11,1304	3,1666	,6603
		21	11,5238	2,7316	,5961
FACTORN	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	11,5217	2,7447	,5723
		21	11,4286	2,6753	,5838
FACTORO	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	14,5652	4,2728	,8909
		21	13,5238	4,1063	,8961
FACTORQ1	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	8,0870	2,3142	,4826
		21	7,8095	3,0760	,6712
FACTORQ2	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	12,2609	3,4670	,7229
		21	13,0000	3,7550	,8194
FACTORQ3	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	11,0870	3,4101	,7110
		21	12,0000	3,0822	,6726
FACTORQ4	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	15,2609	5,1893	1,0820
		21	15,9524	5,0147	1,0943
DISTORSI	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	6,0435	3,4834	,7263
		21	6,1429	2,4957	,5446
NEGACIÓN	ansiedad generalizada obsesivo compulsivo	23	3,6522	1,7738	,3699
		21	2,3333	1,6533	,3608

E2. Análisis de t de Student para muestras independientes

Independent Samples Test

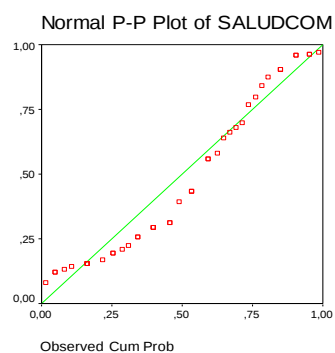
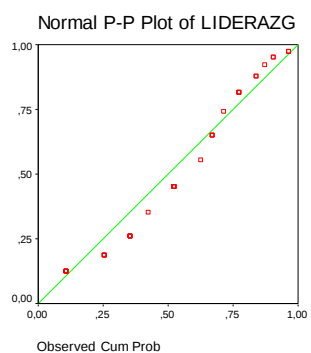
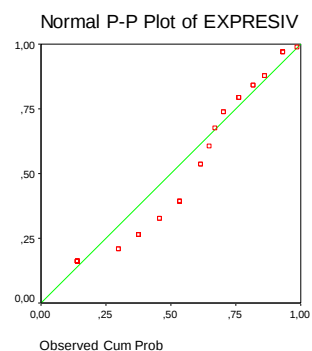
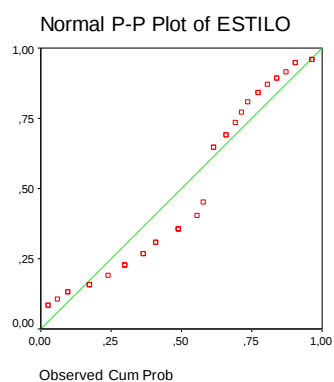
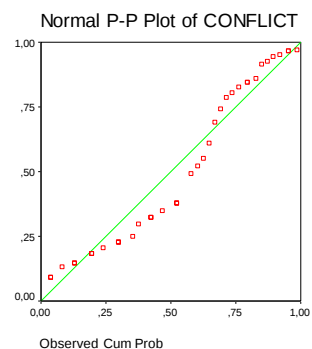
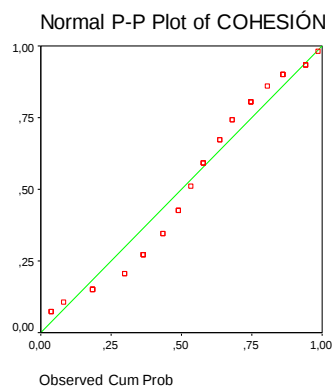
		Levenes Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
									Lower	Upper
FACTO RA	Equal variances assumed	1,630	,209	1,457	42	,153	1,5155	1,0403	-,5839	3,6150
	Equal variances not assumed			1,437	36,690	,159	1,5155	1,0545	-,6217	3,6528
FACTO RB	Equal variances assumed	,043	,838	-3,270	42	,002	-2,3271	,7116	-3,7632	-,8911
	Equal variances not assumed			-3,272	41,723	,002	-2,3271	,7112	-3,7627	-,8916
FACTO RC	Equal variances assumed	,354	,555	1,362	42	,180	1,9524	1,4332	-,9398	4,8446
	Equal variances not assumed			1,364	41,853	,180	1,9524	1,4309	-,9356	4,8403
FACTO RE	Equal variances assumed	5,350	,026	-2,716	42	,010	-2,8261	1,0407	-4,9262	-,7259
	Equal variances not assumed			-2,656	31,917	,012	-2,8261	1,0642	-4,9939	-,6582
FACTO RF	Equal variances assumed	3,716	,061	,283	42	,778	,3354	1,1840	-2,0540	2,7248
	Equal variances not assumed			,279	35,402	,782	,3354	1,2031	-2,1061	2,7769
FACTO RG	Equal variances assumed	2,722	,106	-1,118	42	,270	-1,0041	,8881	-2,8167	,8084
	Equal variances not assumed			-1,135	39,901	,263	-1,0041	,8849	-2,7928	,7845
FACTO RH	Equal variances assumed	,571	,454	-,813	42	,421	-1,4265	1,7547	-4,9676	2,1146
	Equal variances not assumed			-,807	39,400	,425	-1,4265	1,7682	-5,0019	2,1489
FACTO RI	Equal variances assumed	1,957	,169	,303	42	,764	,3209	1,0598	-1,8179	2,4597
	Equal variances not assumed			,307	40,536	,761	,3209	1,0461	-1,7925	2,4343

FACTO RL	Equal variances assumed	1,701	,199	-,812	42	,422	-,8737	1,0765	-3,0461	1,2987
	Equal variances not assumed			-,801	36,879	,428	-,8737	1,0908	-3,0841	1,3366
FACTO RM	Equal variances assumed	,396	,533	-,439	42	,663	-,3934	,8957	-2,2009	1,4141
	Equal variances not assumed			-,442	41,876	,661	-,3934	,8896	-2,1887	1,4020
FACTO RN	Equal variances assumed	,042	,839	,114	42	,910	9,317E-02	,8185	-1,5587	1,7450
	Equal variances not assumed			,114	41,809	,910	9,317E-02	,8175	-1,5569	1,7432
FACTO RO	Equal variances assumed	,023	,881	,823	42	,415	1,0414	1,2660	-1,5134	3,5962
	Equal variances not assumed			,824	41,880	,415	1,0414	1,2636	-1,5089	3,5917
FACTO RQ 1	Equal variances assumed	2,419	,127	,340	42	,736	,2774	,8161	-1,3695	1,9244
	Equal variances not assumed			,336	37,024	,739	,2774	,8267	-1,3976	1,9524
FACTO RQ 2	Equal variances assumed	,186	,668	-,679	42	,501	-,7391	1,0887	-2,9362	1,4579
	Equal variances not assumed			-,676	40,787	,503	-,7391	1,0927	-2,9463	1,4680
FACTO RQ 3	Equal variances assumed	,275	,603	-,928	42	,358	-,9130	,9834	-2,8975	1,0714
	Equal variances not assumed			-,933	41,997	,356	-,9130	,9788	-2,8883	1,0622
FACTO RQ 4	Equal variances assumed	,241	,626	-,449	42	,656	-,6915	1,5414	-3,8022	2,4191
	Equal variances not assumed			-,449	41,855	,656	-,6915	1,5389	-3,7975	2,4145

ANEXO F

**Supuestos de la Prueba t de Student para las
dimensiones del modelo de funcionamiento familiar
de Beavers y Hampson**

Gráficos P-P de normalidad



Prueba de Homogeneidad de Varianza de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
COHESIÓN	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,017	,898
CONFLICT	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,252	,618
ESTILO	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,609	,440
EXPRESIV	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,079	,780
SALUDCOM	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,272	,605
LIDERAZG	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,077	,783

ANEXO G

Prueba t de Student para las dimensiones de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson en función del trastorno.

G1. Estadísticos descriptivos del análisis por t de Student

Group Statistics

TRASTORN		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
COHESIÓN	ansiedad generalizada	23	13,6957	4,6849	,9769
	obsesivo compulsivo	21	14,0952	4,9285	1,0755
CONFLICT	ansiedad generalizada	23	30,1739	13,5936	2,8345
	obsesivo compulsivo	21	30,2381	13,9639	3,0472
ESTILO	ansiedad generalizada	23	3,8087	,7827	,1632
	obsesivo compulsivo	21	3,7857	,8416	,1837
EXPRESIV	ansiedad generalizada	23	10,2609	5,5695	1,1613
	obsesivo compulsivo	21	10,7143	5,6581	1,2347
SALUDCOM	ansiedad generalizada	23	46,5652	19,6881	4,1052
	obsesivo compulsivo	21	47,8571	18,3393	4,0020
LIDERAZG	ansiedad generalizada	23	7,7826	4,0109	,8363
	obsesivo compulsivo	21	7,1429	3,8378	,8375

G2. Análisis de t de Student para muestras independientes

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
									Lower	Upper
COHESIÓN	Equal variances assumed	,017	,898	-,276	42	,784	-,3996	1,4495	-3,3248	2,5256
	Equal variances not assumed			-,275	41,151	,785	-,3996	1,4529	-3,3335	2,5343
CONFLICT	Equal variances assumed	,252	,618	-,015	42	,988	-6,42E-02	4,1565	-8,4523	8,3239
	Equal variances not assumed			-,015	41,404	,988	-6,42E-02	4,1617	-8,4663	8,3380
ESTILO	Equal variances assumed	,609	,440	,094	42	,926	2,298E-02	,2449	-,4712	,5171
	Equal variances not assumed			,094	40,883	,926	2,298E-02	,2457	-,4732	,5192
EXPRESIV	Equal variances assumed	,079	,780	-,268	42	,790	-,4534	1,6938	-3,8716	2,9648
	Equal variances not assumed			-,267	41,507	,790	-,4534	1,6950	-3,8754	2,9685
SALUDCOM	Equal variances assumed	,272	,605	-,225	42	,823	-1,2919	5,7521	-12,9000	10,3162
	Equal variances not assumed			-,225	41,979	,823	-1,2919	5,7331	-12,8620	10,2782
LIDERAZG	Equal variances assumed	,077	,783	,539	42	,592	,6398	1,1860	-1,7537	3,0332
	Equal variances not assumed			,541	41,899	,592	,6398	1,1836	-1,7489	3,0284

ANEXO H

Análisis de correlación de Pearson de los 16 factores de personalidad de Cattell entre sí; y la correlación entre la edad, el sexo y dichos factores.

Rebeldía	Pearson Correlation	,178	,304*	,173	,229	-,041	,453**	-,178	,259	,052	,042	,043	,178	,041	-,070	1	,036	,244	,353*
	Sig. (2-tailed)	,247	,045	,261	,135	,789	,002	,247	,089	,739	,787	,783	,247	,793	,650		,818	,111	,019
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Individualismo	Pearson Correlation	,056	- ,389**	,165	-,180	,001	-,027	,201	,090	,367*	,203	,332*	,015	,025	,031	,036	1	,240	,412**
	Sig. (2-tailed)	,716	,009	,284	,241	,995	,860	,190	,560	,014	,186	,028	,925	,872	,843	,818		,116	,005
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Cumplimiento	Pearson Correlation	,103	-,072	-,040	-,186	,360*	,241	,119	,278	,432**	,173	-,054	,085	-,122	,283	,244	,240	1	,362*
	Sig. (2-tailed)	,507	,643	,794	,227	,016	,116	,441	,068	,003	,261	,728	,584	,428	,063	,111	,116		,016
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Tensión	Pearson Correlation	,296	,069	,002	-,204	,309*	,276	,333*	,280	,467**	,316*	,271	,192	,139	,335*	,353*	,412**	,362*	1
	Sig. (2-tailed)	,051	,656	,989	,185	,041	,070	,027	,066	,001	,037	,075	,211	,369	,026	,019	,005	,016	
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO I

Análisis de correlación de Pearson de las dimensiones del modelo de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson entre sí; y la correlación entre la edad, el sexo y dichas dimensiones.

Correlaciones

		Sexo	Edad	Competencia	Conflicto	Cohesión	Liderazgo	Expresividad	Estilo Familiar
Sexo	Pearson Correlation	1	,123	,080	,040	-,109	,181	,150	,021
	Sig. (2-tailed)		,424	,607	,799	,480	,241	,330	,891
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
Edad	Pearson Correlation	,123	1	-,024	,019	-,192	-,069	-,086	,012
	Sig. (2-tailed)	,424		,878	,901	,211	,657	,578	,940
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
Competencia	Pearson Correlation	,080	-,024	1	-,442**	,389**	,344*	,846**	-,619**
	Sig. (2-tailed)	,607	,878		,003	,009	,022	,000	,000
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
Conflicto	Pearson Correlation	,040	,019	-,442**	1	-,086	-,077	-,464**	,977**
	Sig. (2-tailed)	,799	,901	,003		,578	,617	,001	,000
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
Cohesión	Pearson Correlation	-,109	-,192	,389**	-,086	1	,128	,231	-,147
	Sig. (2-tailed)	,480	,211	,009	,578		,408	,132	,342
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
Liderazgo	Pearson Correlation	,181	-,069	,344*	-,077	,128	1	,165	-,128
	Sig. (2-tailed)	,241	,657	,022	,617	,408		,286	,408
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
Expresividad	Pearson Correlation	,150	-,086	,846**	-,464**	,231	,165	1	-,594**

	Sig. (2-tailed)	,330	,578	,000	,001	,132	,286		,000
	N	44	44	44	44	44	44	44	44
Estilo Familiar	Pearson Correlation	,021	,012	-,619**	,977**	-,147	-,128	-,594**	1
	Sig. (2-tailed)	,891	,940	,000	,000	,342	,408	,000	
	N	44	44	44	44	44	44	44	44

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

ANEXO J

Análisis de correlación de Pearson de los 16 factores de personalidad de Cattell y las dimensiones de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson.

Correlaciones																										
		Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E	Factor F	Factor G	Factor H	Factor I	Factor L	Factor M	Factor N	Factor O	Factor Q1	Factor Q2	Factor Q3	Factor Q4	Negación	Distorsión	SaludCompetencia	Conflicto	Cohesión	Liderazgo	Expresividad	Estilo
Factor A	Pearson Correlación	1	-,331*	,167	,111	,237	,075	,288	,162	-,035	-,018	-,195	-,045	-,003	-,301*	,155	,065	,101	,065	-,161	-,182	-,098	,084	-,218	-,182	
	Sig. (2-tailed)		,028	,280	,473	,122	,628	,058	,294	,824	,906	,204	,773	,984	,047	,315	,674	,514	,674	,295	,238	,525	,586	,155	,236	
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	
Factor B	Pearson Correlación	-,331*	1	-,141	,228	-,148	,121	-,109	-,068	,080	,374*	,308*	,142	-,146	,167	-,010	,355*	-,403**	-,101	,373*	,405**	,277	,234	,474**	,410**	
	Sig. (2-tailed)	,028		,363	,137	,336	,435	,481	,662	,607	,012	,042	,360	,344	,278	,950	,018	,007	,515	,013	,006	,069	,126	,001	,006	
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	
Factor C	Pearson Correlación	,167	-,141	1	-,230	,060	,000	,361*	,105	-,427**	,285	,090	-,535**	-,282	,104	,397*	-,557**	-,075	,509**	-,487**	-,572**	-,232	-,134	-,427**	-,562**	

[illegible]

FactorH	Pearson Correlation	,288	-,109	,361*	,295	,379*	,315*	.1	-,128	-,189	,105	-,242	-,328*	,097	-,164	,479*	-,257	,149	,569**	-,333*	-,316*	-,080	,075	-,403**	-,293
	Sig. (2-tailed)	,058	,481	,016	,052	,011	,037		,407	,219	,498	,114	,030	,533	,288	,001	,093	,333	,000	,027	,037	,607	,629	,007	,053
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
FactorI	Pearson Correlation	,162	-,068	,105	-,186	-,262	-,290	-,128	.1	,061	-,204	,301*	-,056	-,280	,083	-,178	-,053	-,374*	-,133	-,119	-,137	-,230	,035	-,093	-,140
	Sig. (2-tailed)	,294	,662	,498	,228	,086	,056	,407		,692	,184	,047	,718	,065	,591	,248	,730	,012	,390	,442	,375	,133	,821	,546	,364
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
FactorL	Pearson Correlation	-,035	,080	- ,427**	,403**	-,221	,051	-,189	,061	.1	-,250	-,191	,331*	,238	-,002	-,188	,397**	,030	-,354*	,255	,298*	,127	,167	,188	,298*
	Sig. (2-tailed)	,824	,607	,004	,007	,149	,741	,219	,692		,102	,213	,028	,120	,991	,221	,008	,846	,018	,095	,049	,412	,278	,221	,049
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
FactorM	Pearson Correlation	-,018	,374*	,285	,164	,191	-,011	,105	-,204	-,250	.1	-,096	-,007	-,190	-,114	,089	,053	-,019	,151	,143	,090	,171	,200	,117	,080

[illegible]

FactorQ2	Pearson Correlati on	,301*	,167	,104	-,104	-,454**	,193	-,164	,083	-,002	-,114	,305*	-,105	-,113	1	,121	-,194	,005	,147	,012	,042	-,083	-,226	,160	,057
	Sig. (2- tailed)	,047	,278	,500	,502	,002	,209	,288	,591	,991	,462	,044	,496	,464		,432	,208	,975	,340	,936	,786	,591	,140	,299	,713
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
FactorQ3	Pearson Correlati on	,155	-,010	,397**	-,048	,156	,551**	,479**	-,178	-,188	,089	,176	-,465**	-,149	,121	1	-,406**	-,112	,682**	-,296	-,279	-,204	-,163	-,202	-,258
	Sig. (2- tailed)	,315	,950	,008	,755	,312	,000	,001	,248	,221	,565	,253	,001	,333	,432		,006	,470	,000	,051	,067	,185	,290	,188	,091
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
FactorQ4	Pearson Correlati on	,065	,355*	- ,557**	,320*	-,017	-,152	-,257	-,053	,397**	,053	-,083	,655**	,121	-,194	- ,406*	1	-,085	-,563**	,557**	,573**	,463**	,218	,495**	,549**
	Sig. (2- tailed)	,674	,018	,000	,034	,913	,325	,093	,730	,008	,734	,592	,000	,436	,208	,006		,585	,000	,000	,000	,002	,156	,001	,000
	N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Negación	Pearson Correlati on	,101	- ,403**	-,075	,157	-,054	-,143	,149	- ,374*	,030	-,019	-,316*	-,003	,272	,005	-,112	-,085	1	,029	-,105	-,011	-,035	-,087	-,100	,025

[illegible]

[illegible]

Sig. (2-tailed)	,236	,006	,000	,155	,151	,360	,053	,364	,049	,605	,720	,001	,552	,713	,091	,000	,870	,042	,000	,000	,001	,000	,000	
N	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44

*. Correlation
is significant at
the 0.05 level
(2-tailed).

**. Correlation
is significant at
the 0.01 level
(2-tailed).

ANEXO K

**Prueba t de Student para los 16 Factores de la
Personalidad de Cattell en función del sexo.**

K1. Estadísticos descriptivos del análisis por t de Student

Group Statistics					
	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FactorA	masculino	14	8,6429	3,24884	,86829
	femenino	30	11,1667	3,35367	,61229
FactorB	masculino	14	5,5000	2,68185	,71675
	femenino	30	5,5667	2,62197	,47870
FactorC	masculino	14	11,2857	4,46230	1,19260
	femenino	30	12,4333	4,97361	,90805
FactorE	masculino	14	12,0714	3,62607	,96911
	femenino	30	11,2667	3,75943	,68638
FactorF	masculino	14	11,3571	4,74920	1,26928
	femenino	30	11,3000	3,49532	,63815
FactorG	masculino	14	13,3571	3,41055	,91151
	femenino	30	13,6000	2,82355	,51551
FactorH	masculino	14	13,4286	5,69364	1,52169
	femenino	30	13,0333	5,92763	1,08223
FactorI	masculino	14	10,8571	3,10972	,83111
	femenino	30	13,9667	3,22152	,58817
FactorL	masculino	14	11,5714	4,51858	1,20764
	femenino	30	10,1333	2,97962	,54400
FactorM	masculino	14	11,5714	2,40878	,64377
	femenino	30	11,2000	3,18834	,58211
FactorN	masculino	14	10,7857	2,15473	,57588
	femenino	30	11,8000	2,86958	,52391
FactorO	masculino	14	13,2143	3,51215	,93866
	femenino	30	14,4667	4,45462	,81330
FactorQ1	masculino	14	9,1429	2,41333	,64499
	femenino	30	7,4000	2,64705	,48328
FactorQ2	masculino	14	12,7857	3,62000	,96749
	femenino	30	12,5333	3,62685	,66217
FactorQ3	masculino	14	11,5000	3,58951	,95934
	femenino	30	11,5333	3,14844	,57482

FactorQ4	masculino	14	14,7143	5,42684	1,45038
	femenino	30	16,0000	4,92005	,89827
Negación	masculino	14	3,2857	2,23361	,59696
	femenino	30	2,9000	1,62629	,29692
Distorsión	masculino	14	6,2143	3,42342	,91495
	femenino	30	6,0333	2,87058	,52409

K2. Análisis de t de Student para muestras independientes

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means							
				95% Confidence Interval of the Difference						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
FactorA	Equal variances assumed	,109	,743	-2,348	42	,024	-2,52381	1,07509	-4,69344	-,35418
	Equal variances not assumed			-2,375	26,235	,025	-2,52381	1,06246	-4,70678	-,34084
FactorB	Equal variances assumed	,001	,977	-,078	42	,938	-,06667	,85470	-1,79151	1,65818
	Equal variances not assumed			-,077	24,958	,939	-,06667	,86191	-1,84196	1,70863

FactorC	Equal variances assumed	,295	,590	-,735	42	,466	-1,14762	1,56046	-4,29675	2,00151
	Equal variances not assumed			-,766	28,195	,450	-1,14762	1,49895	-4,21712	1,92189
FactorE	Equal variances assumed	,025	,876	,669	42	,507	,80476	1,20362	-1,62424	3,23376
	Equal variances not assumed			,678	26,342	,504	,80476	1,18755	-1,63474	3,24427
FactorF	Equal variances assumed	,879	,354	,045	42	,964	,05714	1,27087	-2,50758	2,62187
	Equal variances not assumed			,040	19,835	,968	,05714	1,42067	-2,90791	3,02220
FactorG	Equal variances assumed	,382	,540	-,249	42	,805	-,24286	,97666	-2,21384	1,72813
	Equal variances not assumed			-,232	21,653	,819	-,24286	1,04718	-2,41660	1,93089
FactorH	Equal variances assumed	,114	,738	,209	42	,836	,39524	1,89547	-3,42998	4,22046
	Equal variances not assumed			,212	26,444	,834	,39524	1,86729	-3,43989	4,23037
FactorI	Equal variances assumed	,014	,906	-3,014	42	,004	-3,10952	1,03164	-5,19146	-1,02759

	Equal variances not assumed			-3,054	26,323	,005	-3,10952	1,01817	-5,20116	-1,01789
FactorL	Equal variances assumed	3,440	,071	1,259	42	,215	1,43810	1,14205	-,86665	3,74284
	Equal variances not assumed			1,086	18,470	,292	1,43810	1,32451	-1,33954	4,21573
FactorM	Equal variances assumed	1,857	,180	,387	42	,701	,37143	,96097	-1,56790	2,31075
	Equal variances not assumed			,428	33,045	,671	,37143	,86792	-1,39429	2,13714
FactorN	Equal variances assumed	2,595	,115	-1,174	42	,247	-1,01429	,86383	-2,75756	,72899
	Equal variances not assumed			-1,303	33,223	,202	-1,01429	,77853	-2,59782	,56925
FactorO	Equal variances assumed	2,111	,154	-,924	42	,361	-1,25238	1,35476	-3,98641	1,48165
	Equal variances not assumed			-1,008	31,809	,321	-1,25238	1,24199	-3,78283	1,27807
FactorQ1	Equal variances assumed	,499	,484	2,090	42	,043	1,74286	,83409	,05960	3,42612
	Equal variances not assumed			2,162	27,771	,039	1,74286	,80596	,09130	3,39441

FactorQ2	Equal variances assumed	,202	,655	,215	42	,831	,25238	1,17321	-2,11526	2,62002
	Equal variances not assumed			,215	25,521	,831	,25238	1,17239	-2,15970	2,66446
FactorQ3	Equal variances assumed	,563	,457	-,031	42	,975	-,03333	1,06529	-2,18317	2,11650
	Equal variances not assumed			-,030	22,699	,976	-,03333	1,11837	-2,34856	2,28189
FactorQ4	Equal variances assumed	,097	,757	-,782	42	,439	-1,28571	1,64499	-4,60544	2,03401
	Equal variances not assumed			-,754	23,346	,459	-1,28571	1,70602	-4,81200	2,24057
Negación	Equal variances assumed	1,934	,172	,649	42	,520	,38571	,59421	-,81346	1,58489
	Equal variances not assumed			,579	19,688	,569	,38571	,66672	-1,00646	1,77789
Distorsión	Equal variances assumed	1,217	,276	,183	42	,856	,18095	,98797	-1,81286	2,17476
	Equal variances not assumed			,172	21,875	,865	,18095	1,05442	-2,00651	2,36841

ANEXO L

Prueba t de Student para las dimensiones de funcionamiento familiar de Beavers y Hampson en función del sexo.

L1. Estadísticos descriptivos del análisis por t de Student

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SaludCompetencia	femenino	30	47,5333	19,94948	3,64226
	masculino	14	46,4286	16,91478	4,52067
Conflicto	femenino	30	31,0000	14,29492	2,60988
	masculino	14	28,5000	12,33974	3,29793
Cohesión	femenino	30	13,3667	4,73784	,86501
	masculino	14	15,0000	4,75556	1,27098
Liderazgo	femenino	30	7,9000	3,68922	,67356
	masculino	14	6,5714	4,30946	1,15175
Expresividad	femenino	30	10,8000	5,88628	1,07468
	masculino	14	9,7857	4,88606	1,30586
Estilo	femenino	30	3,8467	,83902	,15318
	masculino	14	3,6929	,73429	,19625

L2. Análisis de t de Student para muestras independientes

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SaludCompetencia	Equal variances assumed	1,108	,299	,179	42	,859	1,10476	6,16974	-11,34628	13,55581
	Equal variances not assumed			,190	29,738	,850	1,10476	5,80538	-10,75579	12,96532
Conflicto	Equal variances assumed	1,067	,308	,563	42	,576	2,50000	4,44060	-6,46149	11,46149
	Equal variances not assumed			,594	29,241	,557	2,50000	4,20569	-6,09854	11,09854
Cohesión	Equal variances assumed	,253	,618	-1,064	42	,293	-1,63333	1,53527	-4,73164	1,46497
	Equal variances not assumed			-1,062	25,390	,298	-1,63333	1,53741	-4,79722	1,53055
Liderazgo	Equal variances assumed	,093	,762	1,055	42	,298	1,32857	1,25965	-1,21350	3,87065
	Equal variances not assumed			,996	22,246	,330	1,32857	1,33424	-1,43671	4,09385
Expresividad	Equal variances assumed	1,296	,261	,560	42	,578	1,01429	1,81120	-2,64086	4,66943
	Equal variances not assumed			,600	30,335	,553	1,01429	1,69121	-2,43803	4,46661

	assumed									
Estilo	Equal variances assumed	1,786	,189	,588	42	,560	,15381	,26154	-,37400	,68162
	Equal variances not assumed			,618	28,864	,542	,15381	,24895	-,35546	,66308