



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y DIMENSIONES DE PERFECCIONISMO EN
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología
Clínica que presenta la Bachiller:

ANDREA JANIN TATAJE MÁRQUEZ

Asesora:

CECILIA CHAU PÉREZ – ARANIBAR

Lima - 2013

AGRADECIMIENTOS

A Cecilia, por su apoyo, esfuerzo y guía constante. Por su compromiso con mi proyecto, por aceptarme cada vez que tocaba a su puerta, por brindarme su invaluable tiempo y dedicación; pero sobre todo por recibirme siempre con una cálida sonrisa. Por ver en mí, no solo a una estudiante, sino a un ser humano. Gracias.

A Doris, por guiarme en uno de los momentos más críticos de este proceso. Por ayudarme desde los inicios en el procesamiento de los datos, por asesorarme en horas y días inusuales y por motivarme de manera incansable para el término de mi investigación.

A mi mami, un ser genuino y bondadoso que me ha brindado a lo largo de los años un amor incondicional. Gracias por tu presencia constante, por permanecer a mi lado cuando lo requería, y aún cuando sin palabras lo pedía. Por acogerme entre tus brazos, por tus infaltables palabras de aliento, pero en especial por poseer una fe inexplicable, pero aún así inagotable en mí.

A mi papi, porque sin su esfuerzo y sacrificio, nada de esto hubiera sido posible. Porque aún a la distancia, me permitió descubrir en él, a una persona fuerte y sensible a la vez, convirtiéndose en uno de mis más grandes e importantes referentes. Gracias por no dejarme caer, por enseñarme, a través de tu ejemplo, la vehemencia y la pasión hacia el trabajo. Gracias por las llamadas constantes, por esos minutos que rompían mi rutina y me conectaban nuevamente con mi fuente de inspiración.

A Claudia, mi hermana, quien desde los primeros días de mi vida, no ha dejado de quererme y protegerme como sólo ella lo sabe hacer. Por compartir conmigo sus aspectos más vulnerables y aún así, prestarme un poco de sus fuerzas cuando las mías parecían desaparecer. Gracias por acompañarme en este y todos los proyectos de mi vida, y porque sin saberlo, tu sola presencia me motivó a seguir en este duro y largo proceso.

A Fernando, por los innumerables momentos compartidos, por acoger y contener mis más grandes miedos, por ayudarme a mantener claros e intactos mis objetivos, por tener siempre las palabras precisas, pero en especial por su compañía aún en el silencio.

A mis amigos, Juan y Luciana, por su infaltable presencia, por las risas y angustias compartidas, pero principalmente por enseñarme a reír de mí misma y con ello, a disfrutar del camino.



Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar y describir la relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de perfeccionismo en una muestra de 285 jóvenes universitarios entre los 18 y 29 años de edad de una universidad privada de Lima Metropolitana. Para el cumplimiento de tal objetivo, se empleó la adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II) (Beck *et al.*, 2006) y la adaptación española de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Rodríguez, Rojo y Sepúlveda, 2009). Los resultados muestran una relación directa y significativa entre la sintomatología depresiva y dos dimensiones del perfeccionismo: perfeccionismo auto orientado y perfeccionismo socialmente prescrito.

Se encontraron diferencias significativas según carrera elegida y lugar de procedencia tanto para la sintomatología depresiva, como para las dimensiones de perfeccionismo, las cuales fueron discutidas.

Palabras clave: *sintomatología depresiva, perfeccionismo, jóvenes universitarios*

ABSTRACT

The present research has the purpose to identify and describe the relationship between depressive symptoms and the dimensions of perfectionism in a group of 285 students from a private Lima university which ages are between 18 and 29 years old. To accomplish the main objective of this investigation, it was used the argentine version of Beck Depression Inventory (BDI – II) (Beck *et al.*, 2006) and the spanish version of Multidimensional Perfectionism Scale (Rodríguez, Rojo y Sepúlveda, 2009). The results show a direct and significant relationship between depressive symptoms and two dimensions of perfectionism: self-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism.

In depressive symptoms, as well as in self-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism, it was found significant differences according to the chosen career and provenance place; which were discussed.

Key words: *depressive symptoms, perfectionism, university students*

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Método.....	50
Participantes.....	50
Medición.....	51
Procedimiento.....	56
Resultados.....	58
Discusión.....	62
Referencias.....	71
Anexos.....	80
Anexo A. Instrumentos.....	81
Anexo A1. Consentimiento Informado.....	81
Anexo A2. Encuesta Sociodemográfica.....	82
Anexo B. Estadísticos.....	85
Anexo B1. Análisis Factorial del Inventario de Depresión de Beck (BDI – II).....	85
Anexo B2. Análisis Factorial de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo.....	86
Anexo B3. Correlación ítem - test del Inventario de Depresión de Beck – II.....	88
Anexo B4. Correlación ítem - test de las subescalas de la EMP.....	89
Anexo B5. Prueba de normalidad del BDI-II y las subescalas de la EMP.....	91

Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana

La relación existente entre el perfeccionismo y la sintomatología depresiva, ha cobrado relevancia en el campo de la investigación en las última tres décadas, dado que estudios revelan la relación positiva entre ambas variables, encontrándose en ocasiones incluso un valor predictivo entre éstas. Tal hallazgo, aunado a las diversas investigaciones y estudios epidemiológicos (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2002, 2006), que alertan del incremento y prevalencia del episodio depresivo mayor entre jóvenes y demás etapas del desarrollo, darían luces acerca de la relevancia del estudio de ambos constructos.

Debido a lo antes mencionado, y a la ausencia de estudios que indaguen la relación entre ambas variables en nuestra población, a continuación se pasará a detallar evidencias teóricas y empíricas, que ayuden a comprender la complejidad de los temas señalados y la importancia de los mismos.

Carvajal (1993), sostiene que el paso de la adolescencia a la edad adulta, viene determinado por una serie de normas y experiencias de índole cultural, dentro de las que resalta, el papel fundamental que juega la universidad en el desarrollo de dicha etapa. De allí que para la presente investigación, se haya optado por el término *juventud* proporcionado por tal autor, para señalar a esta porción de la población.

El reconocimiento del claustro académico y por ende, de los estudios superiores como un periodo que conlleva a una serie de cambios en el entorno y devenir habitual de los jóvenes, que trae como consecuencia la puesta en marcha de una gran cantidad de recursos físicos y psicológicos debido a la elevada exigencia, desafíos y retos que ello implica, ha sido acogido por diversos autores (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004; Bermúdez, et al., 2006, Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Caballero, Abello & Palacio, 2007; Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003; Castillo – Vilca, Prado – Mendoza & Vega – Dienstmaier, 2010; Cornejo, 2005; Feldman et al., 2008; Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima, 2006; Gutiérrez et al., 2010; Mikklesen, 2009; Obando, 2009; Osada, Rojas, Rosales & Vega – Dienstmaier, 2010; Palacio & Martínez,

2007; Perales, Sogi & Morales, 2003; Pereyra- Elias *et al.*, 2010; Riveros, Hernández & Rivera, 2007; Terry, 2008), quienes han realizado denodados esfuerzos en el estudio de la salud mental de dicha población.

La American College Health Association, a través del National College Health Assessment II (ACHA – NCHA II) provee desde el 2008 el más grande conjunto de datos que informa acerca de la salud general de los estudiantes universitarios de los Estados Unidos de América. El ACHA – NCHA II (2011) mediante la evaluación de 44 instituciones educativas, obtuvo la data de 84 760 estudiantes en Primavera y 23 518 universitarios en Otoño, brindando información entre otros temas, de la salud mental de su población.

Los resultados obtenidos demuestran que la gran mayoría de los estudiantes universitarios (91,5%) califica su estado de salud como “bueno, muy bueno o excelente”, a pesar de haber sido atendidos o tratados por un profesional de la salud (57,0%) dentro de los últimos 12 meses, figurando como una de las principales causas, el diagnóstico de una condición psiquiátrica (5,5%), dentro de las que la depresión constituye el segundo trastorno con mayor prevalencia (11,1%). Es quizás debido a ello que en las últimas dos semanas, los estudiantes de la muestra reportaron sentirse desesperanzados (17,2%), agotados (51,8%), abrumados (54,3%), solos (24,9%), tristes, (25,4%) y deprimidos (10,4%). Motivos por los que identifican al área académica (44,9%) y los problemas relacionados a la carrera elegida (21,4%), como los principales aspectos de su vida que resultaron “traumáticos” o “difíciles de manejar”.

A pesar de las diferencias culturales que separan a dicha población de la de nuestro entorno, tales resultados habrían sido corroborados en investigaciones recientes al encontrarse que las situaciones de estrés más frecuentes para los estudiantes venezolanos son también las de índole académico, como: “presentar un examen escrito”, “preparar un examen próximo”, “esperar y recibir los resultados de un examen” (90%), la “excesiva cantidad de material para estudiar” (89,30%) y la “falta de tiempo para estudiar” (83,80%) (Feldman *et al.*, 2008). Hallazgos que cobrarían aún mayor relevancia si se tiene en consideración el efecto nocivo que acarrea la experimentación de tales eventos estresores en el ambiente, lo cual perjudica no solo la evaluación ajustada de tales circunstancias, sino

a su vez la percepción de sí mismo y por consiguiente del propio bienestar (Caballero, Abello y Palacios, 2007).

Al advertir la importancia del estudio de la salud mental y el bienestar general de los estudiantes universitarios, en el Perú se realizó años atrás el perfil de Estudiantes del Consorcio de Universidades (GOP, 2006), que tuvo como finalidad determinar la situación psicosocial de los estudiantes de dichas universidades para responder a las problemáticas de la población.

El Consorcio de Universidades es una entidad conformada por cuatro universidades privadas de Lima Metropolitana, dentro de las cuales se identifica como los mayores problemas para los estudiantes universitarios los referentes al estudio (32,7%), la economía (31,6%), los problemas sentimentales (13,0%) y familiares (10,7%) (GOP, 2006). Resultados que se habían visto reflejados en estudios previos en los que se identificó, adicional a ello, que las fuentes de estrés varían dependiendo del nivel socioeconómico (NSE) al que se pertenece (Chau y Van den Broucke, 2005).

El dinero, seguido por los problemas familiares y el consumo de drogas, serían las principales fuentes de estrés para los estudiantes de NSE medio alto. Mientras que para los jóvenes de NSE alto lo serían la responsabilidad de estar en la universidad y los temas relacionados con la familia (Chau y Van den Broucke, 2005).

El Consorcio de Universidades con la finalidad de encontrar evidencias que aporten a la comprensión del estado emocional de su población, recabó información sobre las variables sociodemográficas de los estudiantes universitarios que lo conforman; encontrando como dato relevante que, a pesar de que más de la mitad de los estudiantes encuestados afirma dedicarse íntegramente a los estudios (77,1%), un 22,5% de la muestra trabaja y estudia. Hallazgo que podría estar relacionado con el soporte social, ya que el 20,4% de universitarios vive únicamente con uno de sus padres y el 9,4% de la muestra, con familiares cercanos. Es quizás debido a ello que al indagar por la satisfacción con la vida, un 12% de los encuestados manifiesta estar “poco satisfecho”.

Por tanto, no resulta sorprendente que el estudio epidemiológico arroje como el trastorno clínico más frecuente, en esta etapa del desarrollo, al episodio depresivo mayor con un 18.2%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada con el 9.9% (INSM “HD – HN”, 2002). Toda vez que jóvenes y adultos, se ven expuestos en la cotidianidad a distintos estresores externos e internos, que pueden afectar su estado de ánimo y por tanto hacerlos proclives a ideas pesimistas acerca de su futuro.

Si bien en la actualidad existen sistemas de clasificación y diagnóstico para los diversos trastornos del estado del ánimo y dentro de éstos para el Trastorno Depresivo Mayor; hasta hace algunos años, dicha entidad no había sido reconocida para todos los rangos de edad. Este es el caso de la depresión en niños y adolescentes, la cual fue aceptada alrededor de los años 70, luego de un largo periodo de controversia (Domínguez, Torres; 1996 y Wicks–Nelson, Israel, 1997).

No obstante, debido a que la presente investigación no tiene como propósito hacer un tratado de dicho trastorno, sino más bien hacer un recuento de la sintomatología depresiva presente en población joven; se debe tener en cuenta que el término “síntoma” no implica la existencia de ninguna enfermedad o trastorno (Wicks-Nelson, Israel; 1997), por lo que con “síntomatología depresiva”, se entenderá a aquel conjunto de síntomas que sin cumplir los criterios diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor, nos dan indicios de una posible y futura aparición del mismo. En ese sentido, se tomarán en cuenta los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* (2002), ya que estos representan el estándar para la población en general.

Diversas investigaciones han buscado aportar al tema, advirtiendo la existencia de variables personales y ambientales asociadas a la presentación de sintomatología depresiva, erigiéndose éstas como factores de riesgo para el desencadenamiento de síntomas depresivos o algún trastorno psiquiátrico mayor.

Investigaciones en el ámbito nacional e internacional, han recabado larga data que identifica al género como una variable asociada a la presentación de sintomatología depresiva, siendo el sexo femenino aquel que acarrearía una mayor prevalencia de dichos síntomas (Balanza, Morales y Guerrero, 2009; Bermúdez et al., 2006; Castillo – Vilca, Prado Mendoza y Vega – Dienstmaier, 2010; Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, 2011,

Melgar y Rossi, 2012). Sin embargo, estudios recientes realizados en nuestro medio, presentan evidencia en contra de tal hipótesis (Pereyra – Elías *et al.*, 2010).

Pereyra – Elías *et al.* (2010), mediante el empleo de una encuesta de 27 preguntas sobre diversos aspectos (datos generales, sociodemográficos, y factores asociados con síntomas depresivos) y la aplicación de la escala abreviada de Zung, encontraron que la sintomatología depresiva está asociada, en cambio, a la disconformidad que presentan los estudiantes para con la carrera elegida, la situación económica actual y el propio rendimiento académico.

Es necesario mencionar que, a pesar de identificarse a este último como un factor asociado a la presencia de síntomas depresivos e incluso a la severidad de la depresión (Gutiérrez *et al.*, 2010), no existen hasta la actualidad datos concluyentes respecto a dicha asociación, ya que algunos autores (Palacio y Martínez, 2007) no observaron una correlación significativa entre estas variables ($r=0.70$; $p<.304$). No obstante, el desarrollo de actividades extra académicas (Balanza, Morales y Guerrero, 2009), sí habría sido identificado como una variable asociada a la presentación de sintomatología depresiva ($p: 0.018$).

Con la finalidad de brindar una comprensión exhaustiva de la presentación de la sintomatología depresiva y el trastorno depresivo mayor, surgieron diversas teorías explicativas, dentro de las que cobra relevancia el modelo cognitivo.

Desde la perspectiva de las teorías cognitivas, Aaron Beck (1967; citado en Blatt, 2004), señala en sus inicios que los síntomas de la depresión, se deben a la presencia de patrones cognitivos específicos que hacen al paciente verse a sí mismo, el futuro o sus experiencias de manera negativa, generando la activación de determinados esquemas cognitivos afectivos y conductuales propios de este trastorno. No obstante, luego de una revisión exhaustiva de su teoría lineal del procesamiento esquemático, Beck (1996, citado en Blatt, 2004) propone el concepto de “modo” como aquella estructura que contiene componentes cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales, que se deriva de la interacción de patrones innatos y experiencias de vida congruentes y en donde las ideas

centrales, el autoconcepto y la primitiva visión del otro son los componentes centrales de éste.

El modo fundamental¹ para la depresión, denominado “*modo de deprivación*”, se encuentra caracterizado por a) una percepción de amenaza o pérdida (esquemas cognitivos conceptuales), b) estado subjetivo de disforia o tristeza (esquemas afectivos), c) estado percibido de fatiga, desactivación fisiológica (esquemas psicológicos), d) estado de impotencia, falta de dirección de metas, pérdida de interés, motivación en las cosas que antes encontraba placenteras (esquemas motivacionales) y e) respuestas de acción caracterizadas por inactividad y retiro (esquemas conductuales) (Clark, Beck & Brad, 1999).

En esa línea, años más tarde se señalan ciertas dimensiones de personalidad o “modos”, como fundamentales para el entendimiento de la depresión (Beck, 1983; citado en Blatt, 2004). Se plantean dos tipos de organización de la personalidad, como factores que hacen a un individuo vulnerable a desarrollar un trastorno depresivo, la personalidad sociotrópica y la personalidad autónoma (Beck, 1987, 2002; Clark et al., 1999; citados en Mc Bride, Farvolen & Swallow, 2007). De ahí la postulación de dos tipos de depresión dependiendo de la organización de personalidad subyacente del individuo.

La depresión sociotrópica, se encuentra caracterizada por una búsqueda de ayuda, soporte, y seguridad; sentimientos de soledad, preocupación acerca de los atributos sociales y personales; así como ansiedad provocada por la pérdida de gratificación. Estos pacientes poseen representaciones idealizadas del otro e intentan establecer relaciones simbólicas con éstos, en las cuales se muestran demandantes de atención y cuidado. Las distorsiones cognitivas, giran alrededor de la irreversibilidad de la pérdida y el sentido de inconveniencia social. Finalmente cabe mencionar que la depresión sociotrópica es precipitada frecuentemente por la pérdida de alguna figura significativa (Beck, 1983; citado en Blatt, 2004).

¹ Modo fundamental.- Grupo de esquemas cognitivos conceptuales, afectivos, psicológicos, conductuales y motivacionales organizados para lidiar con demandas particulares del organismo, caracterizados por ser un sistema de procesamiento cognitivo rápido, eficiente y automático (Clark et al., 1999).

Por otro lado, la depresión autónoma se caracteriza por el retiro con la finalidad de mantener su autonomía, una tendencia a rechazar la ayuda y culpabilizarse a sí mismo por las dificultades presentes, un alto nivel de autocrítica, y un incesante humor deprimido. Todo esto debido a que las distorsiones cognitivas presentes, refieren a temas en relación a la derrota y falla por incompetencia personal (Beck, 1983; citado en Blatt, 2004).

Ahora bien, cabe señalar que no todos los individuos poseedores de una organización de personalidad sociotrópica o autónoma presentan necesariamente un trastorno depresivo, ya que para ello, se hace necesaria la presencia de eventos de vida negativos, a la vez que poseer esquemas maladaptativos propios del modo fundamental de privación antes señalados.

En el campo de la investigación psicológica, el estudio del perfeccionismo como una variable influyente en la presentación de sintomatología depresiva, ha ido cobrando relevancia en los últimos años, ya que autores postulan un modelo de diátesis estrés para explicar la relación de ambas variables (Brown & Beck, 2002; Hewitt & Flett, 2002). Toda vez que se haría necesaria la existencia de un estresor congruente a los rasgos de personalidad del individuo (como las dimensiones del perfeccionismo), para hacer vulnerable a un sujeto a desarrollar síntomas depresivos o presentar un episodio depresivo mayor. Por tanto, se cree que el estudio del perfeccionismo como un factor vinculado a la depresión, podría dar luces en el estudio de este trastorno.

Brindar una definición exhaustiva del perfeccionismo, resulta una tarea compleja ya que diversas investigaciones hacen uso del mismo, concibiendo cada una de ellas, una noción distinta de este constructo.

En sus inicios, el perfeccionismo era descrito como una variable unidimensional. No obstante, estudios posteriores dieron luces en torno a la real naturaleza de este constructo, identificando aspectos personales e interpersonales para su cabal comprensión.

Una vez reconocida como variable multidimensional, se desarrollaron dos instrumentos bajo el mismo nombre, la “Escala Multidimensional de Perfeccionismo”; los cuales evalúan por un lado (Frost et al. 1990), cuatro aspectos del perfeccionismo propios del self (elevados estándares personales, dudas en torno a la acción, preocupación sobre los errores, y organización) y dos aspectos que reflejan la presencia de la demanda parental

sobre este (elevadas expectativas parentales y críticas parentales) y por el otro lado (Hewitt y Flett, 1990), el Perfeccionismo Auto – orientado, Perfeccionismo Socialmente Prescrito y Perfeccionismo dirigido a los demás.

Si bien dicho criterio (unidimensional o multidimensional) ha resultado de gran utilidad para el estudio del perfeccionismo en un gran número de investigaciones, algunos autores harían una distinción en torno a este constructo dependiendo si lo conciben como positivo o negativo. En ese sentido, Hamachek (1978, citado en Flett y Hewitt, 2002), sugiere redefinir la aproximación hacia el perfeccionismo, incluyendo una distinción entre el perfeccionismo normal y el neurótico. Para dicho autor, el primero es definido como los esfuerzos por alcanzar estándares razonables y realistas que guían a un sentido de auto satisfacción; mientras que el segundo sería aquella tendencia a esforzarse por estándares excesivamente altos, motivados por el miedo al error y la preocupación en torno a decepcionar a los demás.

Otro aspecto importante tomado en consideración para el estudio del perfeccionismo, es la diferenciación que se realiza entre este y el logro de la perfección, es decir la distinción entre los estándares perfeccionistas y la necesidad experimentada por la obtención de los mismos. Ello debido a que el estrés se produciría ante la falla por la obtención de la perfección, más no necesariamente ante la sola presencia de estándares perfeccionistas.

Finalmente, un último criterio radicaría en la caracterización del perfeccionismo como adaptativo o maladaptativo. El primero descrito de este modo en la medida que estaría circunscrito y limitado a uno o dos aspectos de la vida de los sujetos; mientras que el segundo englobaría todos los ámbitos de desenvolvimiento y desarrollo de la vida del individuo.

En la presente investigación, se utilizan las definiciones que corresponden a las tres dimensiones de Perfeccionismo, identificadas por Hewitt y Flett (1991): el perfeccionismo autoorientado, el perfeccionismo orientado a los demás y el perfeccionismo socialmente prescrito.

La primera dimensión, el perfeccionismo *autoorientado*, es un aspecto intra - individual que involucra los comportamientos perfeccionistas que derivan del self y son dirigidos hacia sí mismo. La persona con perfeccionismo autoorientado, obtiene de sí las expectativas perfeccionistas y requiere solo de sí para ser perfecta. Se evalúa de manera rigurosa, centrándose en los defectos y deficiencias, y generalizando sus expectativas irreales y evaluaciones estrictas a los distintos aspectos de su comportamiento. Cabe mencionar que esta dimensión, se encuentra en estrecha relación con desórdenes y síntomas que involucran el autoconcepto, como la depresión y los desórdenes alimenticios (Hewitt & Flett, 2002).

La segunda dimensión, el perfeccionismo *orientado a los demás*, refiere a los aspectos interpersonales que provienen del self pero que se encuentra dirigidos hacia los otros. El perfeccionismo orientado hacia los demás, implica una exigencia hacia los otros por ser perfectos y una evaluación rigurosa hacia los otros. Estos perfeccionistas no se encuentran relacionados necesariamente con desórdenes en relación al self, mas suele igualmente producir insatisfacción o dificultades con quienes son el objetivo del perfeccionista, por lo que se pueden experimentar problemas interpersonales e incluso la pérdida de relaciones importantes (Hewitt & Flett, 2002).

Finalmente, la tercera dimensión, el perfeccionismo *socialmente prescrito*, es a su vez una dimensión interpersonal de este constructo en la que las demandas perfeccionistas son percibidas como provenientes de los otros y dirigidas hacia el self. El perfeccionismo socialmente prescrito involucra la creencia acerca de la incapacidad de uno para alcanzar las demandas perfeccionistas y las expectativas impuestas por los otros. Ahora bien, esta dimensión podría ser concebida también en relación al self, en la medida que implica una preocupación acerca de la falta de perfección, de allí que se encuentre relacionada a los desórdenes de este tipo y por consiguiente con sus síntomas. Al respecto parece cobrar aun mayor relevancia la preocupación en relación a obtener y mantener la aprobación y el cuidado de los otros (Hewitt & Flett, 2002).

De acuerdo a Hewitt y Flett (2002), las tres dimensiones del perfeccionismo actuarían como un núcleo de vulnerabilidad, el cual estaría asociado con diferentes tipos de psicopatología. Estas podrían encontrarse directamente relacionadas con desórdenes

psicológicos o exacerbar la severidad de los síntomas, dado que harían vulnerable a los sujetos a determinados trastornos, los cuales se harían evidentes y explícitos ante ciertos eventos ambientales, situaciones o rasgos de personalidad presentes. No obstante, estas dimensiones también podrían mantener un elevado nivel de los síntomas mediante la influencia sobre los mecanismos de afrontamiento o influenciando en la manera en la que la persona trata con los eventos estresantes y/o síntomas. De allí que se sugiera que estos rasgos jueguen un rol mediador o moderador en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología mediante la influencia en la percepción de las fallas como estresantes.

De lo antes expuesto estos autores sostienen que los comportamientos perfeccionistas, se encuentren relacionados con la psicopatología a través de su asociación con y su influencia sobre el estrés. Con todo ello, se postula que el perfeccionismo puede influenciar o interactuar con el estrés en la producción o mantenimiento de estados psicopatológicos en al menos cuatro maneras: a) la generación del estrés, b) la anticipación del estrés, c) la perpetuación del estrés y d) el realce del estrés.

Se ha podido constatar la estrecha relación entre determinados rasgos de personalidad, tales como las dimensiones del perfeccionismo, y la presentación de diversos estados psicopatológicos, en especial la depresión. De allí que se hayan desarrollado diversos estudios que tratan de corroborar la relación entre ambas variables, intentando a su vez determinar la naturaleza de la relación existente entre estas.

Kawamura, Hunt, Frost y Marten Di Bartolo (2001), examinan la relación entre el perfeccionismo y la depresión independientemente de su asociación con la ansiedad, en un estudio correlacional llevado a cabo con 209 estudiantes de la Universidad de Massachusetts, en donde 56 eran hombres y 145 mujeres, con un rango de edad entre los 18 y los 38 años. En dicho estudio, se encuentra una relación positiva entre el perfeccionismo maladaptativo y la depresión, a la vez que una relación negativa entre el perfeccionismo adaptativo y dicho trastorno, una vez controlados los efectos de tres factores de la ansiedad. Ambos resultados mostrando indicios de la fuerte relación entre el perfeccionismo y el trastorno antes mencionado. Ello corroborado por Cheng (2001), quien en su estudio con 138 estudiantes universitarios (62 hombres, 76 mujeres), encontró que la “resolución de problemas” es un importante predictor de los síntomas depresivos y la desesperanza, al

igual que el perfeccionismo se encuentra relacionado con la presentación de características depresivas.

Al respecto, Arana, Scappatura, Lago y Keegan (2007), con una muestra de 123 estudiantes universitarios dentro de un rango de edad entre los 22 y 53 años, en un estudio exploratorio correlacional, encuentran que existe una correlación significativa elevada entre las personas que muestran un perfeccionismo desadaptativo y aquellas que puntúan más alto en el Inventario de Depresión de Beck, encontrándose así nuevamente la relación entre el perfeccionismo y la severidad de sintomatología depresiva.

En ese mismo sentido, Shahar, Blatt, Zuroff, Kuperminc, y Leadbeater (2004), no conformes con las explicaciones correlacionales entre ambos constructos, desarrollan un estudio en el cual intentan encontrar evidencia respecto a los tres modelos explicativos de la relación entre la autocrítica y la depresión, en el cual con la participación de 230 mujeres adolescentes y 230 hombres adolescentes, dentro de un rango de edad entre los 11 y 14 años, encuentran que la autocrítica es un poderoso factor de vulnerabilidad entre mujeres adolescentes para la presentación de sintomatología depresiva, al mismo tiempo que esta influencia a los síntomas, encontrándose ambos dentro de un ciclo vicioso. Así, estas adolescentes, tienden a establecer estándares elevados y a adoptar una instancia punitiva en contra del self, lo que las convierte en vulnerables a la depresión, que al mismo tiempo, exagera la instancia autocrítica (Modelo de la causalidad recíproca). Cabe mencionar que los hallazgos de la investigación en cuestión, encuentran un influencia mutua entre autocrítica y sintomatología depresiva entre mujeres, mas no entre hombres, ello posiblemente debido a que las mujeres empiezan a reportar niveles elevados de depresión en esta etapa de la vida en comparación a los hombres (Compass, Ey & Grant, 1994, citados en Shahar et al., 2004).

Al observar ciertas diferencias en relación al género, Luyten et al. (2007), propone una investigación con una muestra de 93 pacientes con trastorno depresivo mayor, 43 pacientes psiquiátricos mixtos, 501 estudiantes universitarios, y 253 adultos de la comunidad, en donde encuentran que la autocrítica en ambas muestras (estudiantes y adultos de la comunidad), es un fuerte y significativo predictor de la severidad de los síntomas depresivos a través de todas las mediciones (Cuestionario de Experiencias

Depresivas – DEQ, Inventario de Depresión de Beck – BDI, el Zung SDS y la subescala de depresión del SCL – 90).

No obstante, en vista de la sospecha de que el perfeccionismo, juega un rol directo e indirecto en relación a la presentación de la depresión, Olson y Kwon (2008) llevan a cabo un estudio en el cual con una muestra de 305 estudiantes universitarios que presentan una media de edad de 18.6 años, hallan que, tanto la combinación de elevados niveles de perfeccionismo auto – orientado, así como un alto nivel de perfeccionismo socialmente prescrito, aunado con rumiación y alto nivel de estrés, conducen al incremento de síntomas depresivos, reforzando el modelo de diatésis estrés antes expuesto.

Ahora bien, como se ha podido observar, la gran mayoría de las dimensiones de perfeccionismo (adaptativo – maladaptativo, autocrítica, socialmente prescrito, autoorientado, orientado a los demás, etc.), se encuentran positivamente relacionadas a la presentación de la depresión, lo cual acarrea a su vez dificultades en el funcionamiento cotidiano de los individuos.

En congruencia con lo antes señalado, es que Shahar et al. (2006) demuestra en un estudio longitudinal con una muestra 528 estudiantes del sexto y séptimo año de la escuela media, que la autocrítica en adolescentes y la sintomatología depresiva interactúan para predecir promedios bajos a través del tiempo, una interacción que es predominante en relación a los hombres, mas no respecto a las mujeres.

Una vez revisada la problemática presente, de acuerdo a los distintos epidemiológicos en población joven y los resultados de las diversas investigaciones, llama la atención que el *perfeccionismo* no haya sido tema de interés de estudios previos en nuestro país, por ello que se crea conveniente el estudio de dicho constructo como una variable asociada a las problemáticas antes mencionadas, en especial la depresión, debido a la relación positiva entre estas.

El presente estudio pretende identificar y describir la relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones del perfeccionismo en jóvenes pertenecientes a una universidad privada de Lima Metropolitana. Al mismo tiempo que busca explorar la relación entre las variables socio-demográficas de la muestra (sexo, edad, lugar de

procedencia, carrera de estudios, cursos repetidos y promedio ponderado) y las variables de estudio antes mencionadas.

Los resultados permitirán tener una aproximación al concepto de perfeccionismo y la presentación de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, posibilitando el estudio de la relación entre ambos constructos, lo cual no ha sido investigado aún en nuestro medio. Asimismo, posibilitará la identificación de población juvenil en riesgo, haciendo posible el diseño e implementación de futuros planes preventivos en universitarios de Lima. Finalmente, los resultados encontrados podrían ser fuente de información para los profesionales que practican la consejería, tutoría u orientación psicológica promoviendo una mejor intervención en dicha población.



Método

Participantes

El grupo de estudio de la presente investigación estuvo conformado por 285 jóvenes estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. El 42,1% se encontraba cursando la carrera de Psicología, el 31,6% Derecho y el 26,3% de Arquitectura.

La edad promedio de los participantes fue de 20,64 años ($DE = 1.90$), dentro de un rango de 18 a 29 años. El 32,3% corresponde al sexo masculino y el 67,7% al femenino.

Del total de los participantes, más de la mitad se dedica exclusivamente al estudio (81,4%), y el 18,6% combina tal labor con el trabajo. En relación al rendimiento académico, se supo que el 43,2% no ha repetido ningún curso, mientras que el 56,8% sí lo ha hecho (De 1 a 3 cursos= 46,7%; de 4 a 6= 8,1%; de 7 a más= 2,1%). La gran mayoría obtuvo un promedio ponderado el ciclo anterior a la aplicación de 11 a más (97,8%) y sólo el 2,2% obtuvo un promedio desaprobatorio.

Los jóvenes participantes fueron elegidos en base a la disponibilidad de los mismos, debido a los requerimientos necesarios para tener acceso a las facultades; así como al cumplimiento de determinados criterios de inclusión como la edad (un mínimo de 18 años, criterio sugerido por los autores de la adaptación española de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo), y el ciclo de estudios que se encontraban cursando al momento de la aplicación.

Luego de realizar el contacto con las autoridades pertinentes, y los profesores a cargo, se entró en comunicación directa con los alumnos. Se les explicó los objetivos de la investigación, así como la estricta confidencialidad de su participación.

Una vez verificados los criterios de inclusión, los jóvenes que aceptaron formar parte del estudio, prosiguieron al llenado de los instrumentos luego de mostrar su conformidad y aceptación, mediante la firma del consentimiento informado (Ver anexo A1).

Medición

La sintomatología depresiva fue medida con la versión argentina del inventario de Depresión de Beck (Brenlla & Rodríguez citados en Beck, Steer & Brown, 2006) la cual, luego de seguir un riguroso proceso de adaptación lingüística (*back translation*), está conformada por 21 ítems que tienen por finalidad evaluar los síntomas correspondientes a los criterios descritos en el *DSM IV* (4th ed.; DSM-IV; Asociación Americana de Psiquiatría, 1994; citado en Beck *et al.*, 2006).

El BDI – II (Beck *et al.*, 2006), evalúa síntomas como tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

El presente instrumento puede ser aplicado a personas a partir de los 13 años de edad pertenecientes a población normal y/o clínica, en las cuales el tiempo de administración varía entre 5 y 10 minutos aproximadamente.

El Inventario de Depresión de Beck ha sido probado con diferentes muestras (pacientes externos, población en general y estudiantes universitarios), proporcionando valores de confiabilidad y validez que fortalecen las propiedades psicométricas del instrumento.

En relación a la validez convergente, se sabe que el BDI II se encuentra positivamente correlacionado con la Escala de Depresión del MMPI – II (adaptación de Casullo, 1999, citado en Beck, Steer & Brown, 2006) ($r = .58$, $p < .01$) y la escala de Depresión de la SCL – 90 - R (adaptación Casullo, 1999, citado en Beck *et al.*, 2006) ($r = .81$). Mientras que para la validez discriminante, se tiene que la correlación entre el BDI – II y la escala de Ansiedad de la SCL – 90 – R fue de 0.63 ($p < .001$), situación que no llama la atención puesto que Beck había señalado la comorbilidad entre ambos trastornos.

En un estudio llevado a cabo con población general se analizó la correlación entre el BDI – II y la Escala de Depresión del MMPI – II ($r = .61$), la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (Kessler, 1994 citado en Beck *et al.*, 2006) ($r = .81$) y la Escala de

Ansiedad Rasgo para Adultos (STAI: adaptación Leibovich de Figueroa, 1991, citado en Beck *et al.*, 2006) ($r = .58$), indicando los resultados correlaciones significativas entre ellas ($p < .01$).

Por otro lado, en cuanto a la validez factorial, se observa que, tanto para los pacientes externos como para la población general, los estadísticos empleados arrojan dos factores basados en las magnitudes de los autovalores derivados de un análisis de componentes principales, siendo estos catalogados como “Dimensión Cognitiva - Afectiva” y “Dimensión Somática” (Beck *et al.*, 2006).

Para la presente investigación, se halló la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck. Se hallaron los estimadores de adecuación muestral de Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) y de significación estadística de Bartlett. Se obtuvo un KMO de 0.87, siendo el estimador de esfericidad significativo ($p < .01$).

En el anexo B1 se aprecia la matriz rotada que arroja dos componentes principales, los cuales explican el 41,65% de la varianza total. El factor 1 agrupa 15 ítems que explican el 29,13% de la varianza y el factor 2 comprende 6 ítems con una varianza explicada del 12,52%. Los pesos factoriales correspondientes a los 15 ítems del primer factor oscilan entre .72 y .21; mientras que los 6 ítems del grupo 2 fluctúan entre .85 y .69. Todos ellos estadísticamente significativos ($p < .001$).

En relación a la confiabilidad, la prueba presenta una consistencia interna representada por un Alfa de Cronbach de .88 para una muestra de pacientes y .86 para los sujetos del grupo de comparación. Todas las correlaciones ítem- total corregidas fueron significativas, por lo que para los pacientes las correlaciones fueron desde .19 hasta .61, mientras que para el grupo de no pacientes, el rango de las correlaciones iban de .25 a .55 (Beck *et al.*, 2006).

En cuanto a la estabilidad Test – retest, se encontró para una muestra de pacientes externos una correlación positiva y significativa ($r = .90$, $p < .001$), al igual que para la población general ($r = .864$, $p < .001$) (Beck *et al.*, 2006).

A pesar de no haberse realizado mayores estudios en lo que respecta a un proceso de validación y adaptación en el Perú, se sabe que diversas investigaciones han empleado la

adaptación Argentina del instrumento en cuestión (Alcántara, 2008; Obando, 2011; Otiniano, 2012; Rodríguez, 2008).

Alcántara (2008), encontró una confiabilidad por consistencia interna del BDI - II de .94, valores similares a los obtenidos por Rodríguez (2008), quien encontró un alfa de Cronbach de .91. Años más tarde, Obando (2011) hallaría un índice de alfa de Cronbach de .87 para la prueba en general, mientras que Otiniano (2012) obtuvo una confiabilidad de .91 para la escala total.

En el presente estudio, al hallar la confiabilidad por consistencia interna, se obtuvo un Alfa de Cronbach de .87 para la prueba total, .84 para el factor Cognitivo – Afectivo y .73 para el factor Somático. En el análisis de correlación ítem/test, los coeficientes obtenidos oscilaron entre .12, para el ítem 21 y .61, para el ítem 7 en la prueba total.

De lo hallado, se puede observar que los coeficientes obtenidos, demuestran el adecuado nivel de discriminación de los ítems y la aceptable confiabilidad del instrumento, lo cual incrementa la evidencia empírica para el empleo del mismo en futuras investigaciones.

El perfeccionismo, por su parte, fue medido con la adaptación española de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (EMP), prueba que fue empleada luego de contar con la autorización respectiva mediante una comunicación electrónica (M.A. Campayo, comunicación electrónica, 06 de Abril, 2010).

La adaptación española de la EMP fue realizada con un total de 356 sujetos de los cuales 276 (77.5%) eran estudiantes universitarios y 80 (22.5%) eran estudiantes de ciclos formativos. El rango de edad de los participantes estuvo entre 17 y 42 años, siendo el 38% del sexo masculino y el 62% del sexo femenino (Rodríguez, Rojo, Ortega & Sepúlveda, 2009).

Luego de pasar por la adaptación lingüística requerida, bajo la supervisión de Multi Health Systems, empresa en posesión de los derechos de autor de la escala original, y después de realizar los análisis estadísticos pertinentes, la EMP se encuentra conformada por 45 ítems, los cuales tienen por objetivo evaluar los tres componentes esenciales del comportamiento perfeccionista propuestos por Hewitt y Flett: el perfeccionismo auto -

orientado, el perfeccionismo socialmente prescrito y el perfeccionismo orientado hacia los demás.

La EMP puede ser aplicada a jóvenes universitarios a partir de los 17 años de edad, en los que el tiempo de administración varía entre 10 y 15 minutos aproximadamente.

Se debe mencionar que los autores de la escala original, sugieren mantener el puntaje obtenido de cada sub escala por separado y no obtener un puntaje global, con la finalidad de mantener el carácter multidimensional del constructo, acotación adoptada por los autores de la adaptación española (Hewitt & Flett, 2004; citado en Rodríguez et al., 2009).

En cuanto a la validez convergente, se tiene que existe una relación directa entre el cuestionario EMP y la subescala de perfeccionismo del EDI – 2 (Garner, 1998 citado en Rodríguez *et al.*, 2009), obteniéndose la relación estadísticamente significativa más elevada con la subescala de perfeccionismo autoorientado ($r=.61$; $p<.01$), seguida de la subescala de perfeccionismo socialmente prescrito ($r=.57$; $p<.01$).

Adicionalmente se observa una relación positiva y estadísticamente significativa entre el perfeccionismo socialmente prescrito y las subescalas de ansiedad ($r=.35$ $p<.01$) y de depresión ($r=.33$; $p<.01$), así como una asociación entre el perfeccionismo autoorientado y la dimensión de ansiedad ($r=.29$; $p<.01$).

Cabe mencionar que en vista que no se han realizado estudios en Latinoamérica con la EMP versión española se realizó, para el presente estudio, una aplicación piloto de la prueba con un grupo de estudiantes con características similares a las de la muestra del estudio. Dicho procedimiento, se llevó a cabo para corroborar el entendimiento y la comprensión tanto de la escala likert, así como de los ítems que componen el instrumento. Las observaciones derivadas del mismo, fueron consideradas al momento de la aplicación.

Con el grupo de estudio conformado por 285 jóvenes universitarios, se procedió a analizar la estructura de la EMP, replicando con exactitud los análisis estadísticos realizados por los autores españoles. Por tanto, para la validez de constructo, se calcularon los estimadores Kaiser Meyer - Olkin (KMO; rango entre 0-1) y de designación estadística de Bartlett, y se llevó a cabo el análisis factorial mediante la extracción de componentes principales con rotación Varimax. A partir de los procedimiento realizados, se obtuvo un

KMO de .87, y un estimador de esfericidad de Bartlett que resultó estadísticamente significativo ($p < .01$).

Al realizar el análisis factorial exploratorio, la solución inicial hallada contenía 11 factores que explicaban el 60,84% de la varianza total. Posteriormente, se repitieron los análisis de componentes principales, con rotación Varimax con tres factores. En el anexo B2 se puede apreciar la matriz rotada que responde a la concepción teórica original de la EMP con tres dimensiones, las cuales explican el 39,31% de la varianza total.

El factor 1 agrupa 20 ítems que explican el 22,85% de la varianza, el factor 2 comprende 15 ítems con una varianza explicada del 11,18%, y el factor 3 contiene 8 ítems que explican el 5,29% de la varianza total. Los pesos factoriales correspondientes a los 20 ítems del primer factor oscilan entre .86 y .34; los 15 ítems del grupo 2 entre .74 y .43 y los 8 ítems del grupo 3 lo hacen entre .63 y .29. Todos ellos estadísticamente significativos ($p < .001$).

En relación a la confiabilidad de la EMP (Rodríguez, *et al.*, 2009), se tiene que el Alfa de Cronbach arroja un valor de .86 para la escala total, .87 para la subescala de perfeccionismo auto-orientado (P-AO), .76 para la subescala de perfeccionismo socialmente prescrito (P-SP) y .66 para la subescala de perfeccionismo orientado a los demás (P-OD).

En cuanto a la estabilidad temporal, se empleó el test – retest mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclase, obteniendo un coeficiente de .78 para la escala total. En lo que respecta a las subescalas, se obtuvo un coeficiente intraclase de .82 en la subescala de perfeccionismo autoorientado, .63 en la subescala de perfeccionismo socialmente prescrito y .72 en la escala de perfeccionismo orientado a los demás. Finalmente, al analizar la estabilidad de cada uno de los ítems, se apreció un coeficiente de correlación intraclase mínimo de .30 (ítem 38) y un máximo de .74 (ítem 17).

Para el estudio, teniendo en consideración la multidimensionalidad del constructo, se obtuvo la confiabilidad de cada una de las dimensiones de la EMP, mediante la consistencia interna. Dicho procedimiento tuvo lugar con los ítems de cada subescala; designados luego del análisis de la estructura realizado en el estudio.

Se obtuvo de la subescala de P-AO, un Alfa de Cronbach de .91, con unas correlaciones ítem/test que oscilaron entre .27 para el ítem 29, y .82 para el ítem 15. Para la subescala de P-SP, se observó un Alfa de Cronbach de .86, encontrándose las correlaciones ítem/test entre .38, para el ítem 44, y .63 para el ítem 13. Por último, para la subescala P-OD, se obtuvo un Alfa de Cronbach de .66, con unas correlaciones ítem/test que fluctuaron entre .24, para el ítem 37, y .42, para el ítem 10.

Los ítems 22, 36 y 45 presentaron una correlación negativa (Ítem 22= -.21, Ítem 36= -.24) y neutra (Ítem 45= .09) que afectaban las propiedades psicométricas de la EMP, por lo cual fueron neutralizados.

Como se puede apreciar, los datos obtenidos develan el adecuado nivel de discriminación de los ítems, así como la aceptable e incluso elevada confiabilidad de las subescalas que componen la EMP.

Procedimiento

Para el presente estudio, se aplicaron los instrumentos antes descritos junto a una encuesta sociodemográfica (Anexo A2) a un grupo de jóvenes universitarios de Lima, en un momento determinado.

Una vez recolectada la información y generada la base de datos en el programa estadístico SPSS 18, se pasó a obtener la confiabilidad de los instrumentos empleados mediante el cálculo del Alfa de Cronbach. De igual forma, se determinó la validez de los instrumentos. Se halló el coeficiente KMO y la Prueba de Esfericidad de Bartlett, y se llevó a cabo el análisis factorial.

La normalidad de los datos se analizó mediante el estadístico Kolmogorov Smirnov (Anexo B5). Los resultados indicaron que los puntajes obtenidos a través de las subescalas P-AO y P-SP poseían una distribución normal, para los cuales se utilizaron estadísticos paramétricos (*t* de student y ANOVA One Way). En aquellos casos en donde se identificó una distribución no – normal (BDI y P – OD) fueron empleados los estadísticos no paramétricos (*U* de Mann Whitney y Kruskal Wallis).

Con la finalidad de identificar en dónde se presentaban las diferencias significativas de las medias o medianas, se llevó a cabo la comparación por pares en

aquellos casos en los que la variable poseía más de dos categorías. De haber poseído una distribución normal y verificarse la homogeneidad de la varianza (supuesto previo indispensable a verificar), se empleó el ANOVA, seguido de estadístico Scheffé. No obstante, de no asumirse la homogeneidad de la varianza, se empleó el estadístico de Welch (en vez del ANOVA), seguido del Games Howell.

Finalmente, para determinar la relación entre las dimensiones de perfeccionismo y sintomatología depresiva se empleó la correlación de Pearson o Spearman según el caso.



Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en función a los objetivos propuestos para la investigación. En primer lugar se expone lo hallado en relación a la sintomatología depresiva y las diferencias significativas encontradas según las variables sociodemográficas. Luego, se pasa a detallar lo observado a partir de las diferentes subescalas de perfeccionismo, así como las variaciones que se presentan en las mismas en función a las variables sociodemográficas. Finalmente, se presentan las correlaciones halladas entre las dos variables de estudio (sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo).

Sintomatología Depresiva

En cuanto a los resultados obtenidos a partir del Inventario de Depresión de Beck II, se encontró que los universitarios que conforman la muestra, obtienen un puntaje promedio de 10.99 ($DE = 7.97$), con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 58.

Un gran porcentaje de la muestra (70,9%) presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva. El 16,5% un nivel leve, el 10,2% un nivel moderado y finalmente un 2,2% presenta un nivel severo de síntomas depresivos.

Al evaluar si tales puntajes difieren de acuerdo a las variables sociodemográficas, se encontró que existen diferencias significativas en función a la carrera elegida (Ver tabla 1).

Tabla 1
Sintomatología depresiva según variable Carrera

Variable	Psicología				Derecho				Arquitectura				H de Kruskall- Wallis
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
BDI-II	120	7	8.34	7.895	90	11	12.37	8.366	75	12	13.56	6.246	36.397*

Nota.

* $p < .05$.

Como se aprecia en la Tabla 2, los estudiantes de Psicología obtienen los menores puntajes en sintomatología depresiva, en comparación a los de Derecho y Arquitectura.

Tabla 2
Contraste de U de Mann-Whitney de sintomatología depresiva según carrera

Escala	Variabes	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	U de Mann-Whitney	<i>Z</i>	<i>p</i>
BDI-II	Psicología	7	8.34	7.895	3661.5*	-3.996	0
	Derecho	11	12.37	8.366			
BDI-II	Psicología	7	8.34	7.895	2279*	-5.802	0
	Arquitectura	12	13.56	6.246			
BDI-II	Arquitectura	12	13.56	6.246	2873	-1.646	0.05
	Derecho	11	12.37	8.366			

Nota. * $p < .001$

Una situación similar ocurre dependiendo del lugar de procedencia de los universitarios ($U=4132$, $Z=-2.993$, $p=.001$), ya que aquellos provenientes de provincia poseen una mediana mayor ($Mdn = 14$) a los nacidos en Lima ($Mdn = 9$) en cuanto a sintomatología depresiva refiere.

No se encontraron diferencias significativas con las variables edad, sexo, promedio ponderado y cursos repetidos a lo largo de la historia académica.

Dimensiones de Perfeccionismo

Perfeccionismo Auto – Orientado (PAO).

Se hallaron diferencias significativas en el perfeccionismo autoorientado según carrera elegida $F(2,183) = 21.61$, $p < .001$, siendo los estudiantes de Psicología quienes obtienen menores puntajes en comparación a Arquitectura y Derecho.

Tabla 3
Dimensiones de perfeccionismo según carrera

Escala Multidimensional de Perfeccionismo	Carrera					
	Psicología		Arquitectura		Derecho	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
PAO	85.76 _{a,b}	19.04	100.04 _a	13.33	98.94 _b	17.6
PSP	41.02 _{c,d}	10.9	51.19 _c	11.01	49.23 _d	13.17
POD	40.59	6.41	41.95	5.32	41.48	6.92

Nota. Las medias que se encuentran en una fila compartiendo subíndices son significativamente diferentes unas de otras. Para todas las medidas, las medias más altas indican una mayor puntuación.

No se encontraron diferencias significativas con las variables edad, sexo, lugar de procedencia, promedio ponderado y cursos repetidos a lo largo de la historia académica.

Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP).

Al identificar las variables sociodemográficas que harían diferir los puntajes de la subescala de PSP, se encontró que la carrera era una de ellas, $F(2,282) = 21.64, p < .001$. Como se observa en la tabla 3, los jóvenes de Psicología obtienen una media menor en relación a los estudiantes de la carrera de Arquitectura y Derecho.

De igual forma, se encontró que el lugar de procedencia establece una diferencia significativa $t(283)=-3.07, p=.002, d=0.49, 95\% \text{ IC } [-9.83, -2.15]$ en PSP, siendo los universitarios provenientes de provincia quienes obtiene una media de 51.27 ($DE = 12.19$); en comparación a los nacidos en Lima, quienes presentan un puntaje de 45.28 ($DE = 12.36$)

No se encontraron diferencias significativas con las variables edad, sexo, promedio ponderado y cursos repetidos a lo largo de la historia académica.

Perfeccionismo Orientado a los Demás (POD).

En lo que respecta al POD, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según las variables sociodemográficas antes mencionadas.

Sintomatología Depresiva y Dimensiones de Perfeccionismo

Al intentar determinar la relación entre el BDI y las distintas sub escalas de perfeccionismo, se encontró, de acuerdo al criterio de Cohen (1988), que existe una correlación directa y pequeña, entre la subescala de Perfeccionismo Auto – Orientado (PAO) y la sintomatología depresiva. No obstante, se halló una correlación directa y moderada entre el puntaje obtenido a partir de la subescala de PSP y la sintomatología depresiva (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Correlaciones entre sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo

Medida	1	2	3	4
1. BDI-II	-			
2. PAO	.22*	-		
3. PSP	.46*	.39*	-	
4. POD	.03	.25*	-.08	-

Nota. * $p < .01$.

Finalmente, al indagar respecto a una posible asociación entre las distintas dimensiones de perfeccionismo y los factores arrojados por el BDI - II, se encontró una correlación directa y pequeña entre la dimensión Cognitiva – Afectiva y la subescala de PAO ($r = .199$, $p = .001$), así como una relación directa y mediana entre ésta dimensión y la subescala de Perfeccionismo Socialmente Prescrito ($r = .486$, $p = .000$).

De igual forma, se encontraron correlaciones directas y significativas entre la dimensión somática y las subescalas PAO ($r = .229$, $p = .000$) y PSP ($r = .315$, $p = .000$) antes mencionadas.

Discusión

En este apartado, se presenta el análisis de los resultados obtenidos en el estudio en relación a la sintomatología depresiva y las dimensiones de perfeccionismo, así como las limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones.

A pesar de que el estudio no pretende realizar una discusión exhaustiva en torno a las propiedades psicométricas de las escalas empleadas es necesario señalar en primera instancia que se encontró, al llevar a cabo el análisis de confiabilidad del BDI - II en cuanto a la correlación ítem/test, que el ítem 21 de dicha escala (Pérdida de interés en el sexo) poseía un coeficiente de .12. Correlación que podría estar sugiriendo que la capacidad de discriminación de dicho reactivo, para la presencia de sintomatología depresiva, no se encuentra del todo clara.

No obstante, si se tiene en consideración el contenido expreso en el mismo (0 = No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo; 1 = Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo; 2 = Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo; 3 = He perdido completamente el interés en el sexo), podría resultar evidente que éste refiere a un tema sensible dentro de la población de estudio; motivo por el cual, resultaría esperable que los estudiantes de la muestra hayan variado sus respuestas de manera consciente, procurando ocultar ciertos síntomas somáticos experimentados.

Otra explicación plausible para tal hallazgo, es que la falta de interés en el sexo no sea, necesariamente, una característica frecuente entre los jóvenes que presentan sintomatología depresiva. A pesar de ello, es indispensable señalar que la baja correlación hallada entre la escala total y el ítem 21 no afecta la elevada confiabilidad del instrumento en cuestión.

Por otro lado, en cuanto a los objetivos de la investigación, se encontró una asociación lineal directa entre las variables de estudio, a saber; las dimensiones del perfeccionismo y la sintomatología depresiva.

Blatt (2004) sostiene que el perfeccionismo auto orientado aparece frecuentemente relacionado con un potencial adaptativo, más en interacción con los distintos eventos negativos de vida, en particular con experiencias de fracaso, podría hacernos proclives a la depresión.

Al respecto, se halló en el estudio una relación directa y significativa entre el perfeccionismo auto orientado y los puntajes arrojados por el BDI – II; asociación descrita años atrás por Clara, Cox y Enns (2007) a partir de un estudio llevado a cabo con una muestra de sujetos deprimidos, lo que haría evidente la prevalencia de tales hallazgos, independientemente de la población de estudio.

A ello habría que aunar la relación directa y moderada entre el perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) y la sintomatología depresiva. Resultados que alertan no solo por una posible y futura aparición de un trastorno depresivo mayor, sino por la vinculación hallada por diversos autores entre el perfeccionismo socialmente prescrito con la ideación y los comportamientos suicidas (Hewitt, Flett y Weber, 1994; O'Connor, 2007).

En relación a ello, Blatt (2004) señala que la experimentación de una imposición externa que demanda la satisfacción de estándares excesivos y poco realistas, y por tanto fuera de control; acarrea experiencias de fracaso, ansiedad, cólera, desesperanza y demás sentimientos asociados con la depresión y los pensamientos suicidas. Aspectos que tendrían que ser ampliamente estudiados en nuestro medio y en particular en la población en cuestión.

Por tal motivo los resultados antes mencionados emergen como un llamado de atención en torno al estado emocional de la población universitaria, en particular si se tiene en consideración que para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental implica un adecuado sentido del bienestar y satisfacción con la vida a nivel académico y social; así como una aceptación de sí mismo y de las diferentes circunstancias que se presentan (GOP, 2006), objetivos difíciles de alcanzar para la población juvenil en general y la universitaria en particular, toda vez que cuenta con las características de personalidad antes señaladas.

Al realizar un análisis exploratorio que indague acerca de la relación entre los factores que conforman el BDI y las dimensiones del perfeccionismo, se encontró que el factor Cognitivo Afectivo poseía una relación directa y pequeña con el PAO y una asociación positiva y mediana con el PSP.

Al ahondar al respecto, se encontró que el factor cognitivo - afectivo, estaba conformado por ítems que si bien apelan a la toma de conciencia y evaluación de la experiencia subjetiva de cada individuo, en la que el punto de referencia es él mismo y sus propias expectativas (“Siento que como persona soy un fracaso total”, “No me gusto a mí mismo”, “Estoy mucho más irritable de lo habitual”), éstos podrían referir a su vez a un ente externo que espera, exige y demanda del sujeto elevados estándares, convirtiéndose así en un posible agente evaluador (“Me siento menos valioso cuando me comparo con otros”, “Espero ser castigado”).

En ese sentido, no ha de llamar la atención que si bien existe una asociación entre el factor cognitivo - afectivo y el perfeccionismo auto – orientado, esta se vea incrementada en grado al tratarse del perfeccionismo socialmente prescrito. Toda vez que la escasa sensación de control sobre las expectativas y la capacidad para satisfacerlas que caracteriza al PSP, incrementa los sentimientos displacenteros asociados a la depresión.

Otro es el caso de la asociación hallada entre el factor somático y las dos dimensiones del perfeccionismo: perfeccionismo auto – orientado y socialmente prescrito. El factor somático del Inventario de Depresión de Beck (BDI – II) se encuentra conformado por reactivos que refieren a: pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño y apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga. Sintomatología que da cuenta de las variaciones en el desempeño y funcionamiento habitual del organismo que harían evidente para el sujeto la experimentación de algún tipo de perturbación emocional.

Aquellas personas caracterizadas por el perfeccionismo auto – orientado o socialmente prescrito, podrían verse inmersas en un círculo vicioso. Al experimentar la presión por el cumplimiento de expectativas irreales, ya sean auto - impuestas (PAO) o adoptadas de un otro (PSP) y percibir la insuficiencia o insatisfacción en relación a su desempeño, el sujeto podría presentar determinada sintomatología que no haría más que

retroalimentar su escaso sentido de autoeficacia e incapacidad. Esto principalmente si se tratase de una persona caracterizada por un elevado PSP, ya que el agente de regulación, evaluación y castigo sería principalmente externo (Tengo dificultades en satisfacer las expectativas que los demás tienen sobre mí”, “Tengo la sensación de que la gente exige demasiado de mí”, “La gente espera de mí más de lo que puedo dar”). Por lo antes expuesto que pueda explicarse la relación directa y pequeña entre el factor somático y el PAO, así como con el PSP.

En cuanto a la sintomatología depresiva, se encontró a pesar de que la bibliografía señala que la edad típica de presentación de la depresión mayor se encuentra en torno a la adolescencia o la adultez joven (Hammen, 1995; Ingram, Scott y Hamill, 2009), identificando a tales etapas del desarrollo como población vulnerable a dicho trastorno; que más de la mitad de los estudiantes universitarios (70,9 %) se ubica en un nivel mínimo de sintomatología depresiva. Hallazgo que podría responder por un lado, a la necesidad de proyectar una imagen positiva de sí mismos y por el otro, a la escasa percepción de estresores psicosociales que correspondan a algún aspecto de importancia de la vida de estos sujetos (Gabbard, 2002, Ingram, Scott y Hamill, 2009).

Es quizás debido a ello que investigaciones recientes reportan que la mayor parte de la población universitaria no revela síntomas psicopatológicos (entre estos, síntomas depresivos) a un nivel significativo (Erazo y Jiménez, 2012), caracterizándose más bien por la experimentación de afectos positivos, motivo por el que tienden a estar satisfechos con la vida (Mikkelsen, 2009).

No obstante, la sola presencia de síntomas depresivos, constituye un llamado de atención sobre el estado mental de la población universitaria, en particular si se toma en consideración que el 10,2% de la muestra se ubica dentro de un nivel moderado de sintomatología depresiva y el 2,2% de los estudiantes se sitúa dentro de un nivel severo de síntomas depresivos. Resultados que brindan indicios respecto a un posible y futuro diagnóstico de depresión u otros problemas emocionales, principalmente si se tiene en cuenta que el claustro académico y por tanto, el involucramiento de los estudiantes en las

múltiples actividades que este implica, son reconocidos como una fuente de estrés constante, a la que los universitarios se ven expuestos (GOP, 2006; SENAJU, 2012).

En ese sentido, se identificó que la carrera de estudio era una variable de particular importancia en la presentación de sintomatología depresiva. Se encontró que la media de los estudiantes de Psicología era la más baja en comparación a los puntajes obtenidos por los jóvenes universitarios de Derecho y Arquitectura.

La obtención de tales resultados, encontraría una posible explicación en la naturaleza misma de la carrera de estudios. El cursar estudios en Psicología podría haber propiciado el desarrollo de recursos y/o estrategias personales que ayuden a enfrentar eventos estresantes de su cotidianidad; así como un mayor grado de introspección que implique el control consciente de determinadas conductas, o el manejo de respuestas (como los pensamientos rumiativos) por lo general vinculadas a estados psicopatológicos, que traerían consigo por el contrario, efectos positivos para sí mismo como la evaluación minuciosa y concienzuda de alguna situación problemática a la que se enfrente (Inoñán, 2011).

Al respecto, Casaretto *et al.* (2003) menciona en relación al afrontamiento, que las estrategias más utilizadas por los estudiantes de Psicología son la reinterpretación positiva, la búsqueda de apoyo social y la planificación, todas ellas reconocidas como saludables y adaptativas, ya que implican una postura activa respecto al afrontamiento de los eventos estresores, reduciendo con ello la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva.

No obstante, otro sería el caso de los estudiantes de Derecho y Arquitectura quienes agobiados por una fuerte demanda por la excelencia y rapidez en cuanto al desarrollo y término de sus múltiples trabajos asignados, tenderían a mostrar mayores puntajes en lo que a síntomas depresivos refiere. Situación que se agravaría para los estudiantes de esta última carrera (Arquitectura), ya que no cuentan con los dos años de Estudios Generales que facilitan, en cierta medida, la adaptación adecuada al ritmo de estudios propios del claustro académico (Pontificia Universidad Católica del Perú, s.f.).

Los estudiantes de Arquitectura, deben enfrentarse desde los primeros ciclos, a la permanente crítica por parte de profesores, que deviene tanto de los elevados estándares impuestos para los proyectos que la carrera implica, así como de la noción estética, relativa y subjetiva, propia del docente. De allí que el modo en que ésta sea vertida pueda estar afectando la susceptibilidad del alumnado, quienes plasman a su vez, parte de su subjetividad en el concepto y estética del proyecto presentado.

Por su parte, los estudiantes de Derecho se encuentran inmersos en un ambiente de tensión producto de la pronta exposición a las prácticas pre profesionales, constituyéndose éstas como un ente evaluador adicional en torno al rendimiento académico y profesional del universitario (Pontificia Universidad Católica del Perú, s.f.).

Por otro lado, en contraposición a lo observado por Erazo y Jiménez (2012), el lugar de procedencia, resultó una variable significativa en el estudio de la sintomatología depresiva, encontrándose que los estudiantes universitarios de provincia obtienen un puntaje mayor a partir de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, en comparación a los jóvenes nacidos en Lima.

En la línea de lo expuesto por Ingram, Scott y Hamill (2009), podría hipotetizarse que los cambios culturales y las rupturas familiares, estarían disminuyendo las fuentes de soporte social de los universitarios provenientes de provincia, perjudicando el afrontamiento exitoso de las distintas situaciones que se presentan; acarreado consigo la experimentación de sentimientos displacenteros.

En relación a ello, la encuesta nacional de la juventud (SENAJU, 2012), señala que las personas de 15 a 29 años de edad que residen en áreas urbanas, presentan una elevada incidencia en síntomas como cambios en el ritmo del sueño (57,6%), nerviosismo, tensión e inquietud (56,3%), cansancio y aburrimiento la mayor parte del tiempo (51,3%), en comparación a sus pares de zonas rurales, lo que daría indicios respecto a las diferencias de estilos de vida y por ende a los eventos estresantes a los cuales se enfrentan, principalmente si existiese una migración de una zona a otra.

En lo que concierne a las diferentes dimensiones de perfeccionismo, se encontró que una de las variables a tener en consideración para el estudio del PAO, sería la carrera de estudio a la que se pertenece. Los jóvenes estudiantes de Psicología fueron identificados como aquellos con los menores puntajes en esta variable, seguidos por los de Derecho y Arquitectura, en orden ascendente.

El hallazgo antes citado podría encontrar su explicación en el alto grado de competitividad presente en las carreras mencionadas, la gran responsabilidad que se enfrenta al iniciar una carrera superior y la elevada exigencia académica que implica; tanto por la cantidad de material de lectura, la alta expectativa en función a la rapidez y los productos entregados y la constante autocrítica a lo que ello conlleva; todas ellas situaciones en las que es percibido como imperativo el logro de la perfección y el éxito, dado que ello facilitaría el paso al siguiente semestre o una entrada más rápida a la vida profesional (Vélez y Roa, 2005, citado en Caballero, Abello y Palacio, 2007).

Cabe mencionar, que la variable carrera resultó igualmente significativa para el estudio del Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), identificándose de manera adicional para esta dimensión al lugar de procedencia, obteniendo los estudiantes provenientes de provincia una media mayor en PSP comparación a los nacidos en Lima.

Al respecto, se encontró que los estudiantes que provienen de distintas ciudades del país se caracterizan por la percepción de demandas perfeccionistas provenientes de su entorno, y la creencia arraigada en torno a su incapacidad para alcanzar y satisfacer las elevadas expectativas impuestas por los otros. De allí que cobre relevancia lo señalado por Feldman et al. (2008) quienes consideran que si bien la familia es reconocida como el principal soporte social con el que cuentan los estudiantes universitarios; las expectativas familiares en torno al rendimiento académico podrían ser percibidas como una fuente de preocupación que limita el apoyo y soporte recibido, principalmente si se tiene en cuenta que los cambios culturales, producidos a partir de las migraciones, producen un incremento en el sentido de competitividad de los estudiantes (Ingram, Scott y Hamill, 2009).

El perfeccionismo entendido desde un panorama más amplio como un posible resultado del alto grado de competitividad e individualismo promovido por la sociedad actual, que propugna el disfrute personal en contraposición a una vivencia colectiva y cohesionada (Pons & Buelga, 2011); posee efectos en ocasiones perjudiciales para el funcionamiento psicológico de las personas, los cuales han sido estudiados y reconocidos a lo largo de los años en las diferentes investigaciones y escritos académicos, resaltando entre ellos la estrecha relación que posee tal constructo con el desarrollo y consiguiente presentación de la depresión (Adler, 1956, Beck, 1967; citados en Cox & Enns, 2003).

La presente investigación tuvo por finalidad determinar la relación entre las distintas dimensiones de perfeccionismo y la sintomatología depresiva, encontrando evidencia empírica y estadísticamente significativa de tal relación para dos dimensiones del perfeccionismo. Sin embargo, contó con ciertas limitaciones.

En primer lugar, al llevarse a cabo el estudio bajo los parámetros de un diseño transversal, no se pudo evaluar y constatar el posible valor predictivo del perfeccionismo en cuanto a una futura presentación del trastorno depresivo mayor en la población de estudio. Situación que habría resultado favorable en la medida que constituiría un hallazgo de mayor envergadura, permitiendo con ello la identificación certera de población en riesgo.

En segundo lugar, si bien los valores arrojados a partir del análisis factorial realizado a la Escala Multidimensional de Perfeccionismo, permitieron constatar la validez y confiabilidad de los resultados hallados, el empleo de dicho instrumento para otras poblaciones podría verse limitado, dado que no se cuenta con investigaciones previas o una adaptación del mismo para nuestro medio. De allí que se considere pertinente llevar a cabo estudios futuros que permitan contar con una versión peruana de la EMP, a modo de garantizar un mejor entendimiento y comprensión de los ítems y la escala likert que la conforman para la población en general.

Por otro lado, a pesar de que los resultados obtenidos aportaron evidencia a favor de la relación directa y significativa entre las dimensiones del perfeccionismo y la sintomatología depresiva en jóvenes universitarios de Lima, no se pudo confirmar de manera concluyente la existencia de un modelo de diátesis estrés para la presentación de la

depresión, entendiéndose a partir de éste al perfeccionismo como un núcleo de vulnerabilidad.

Por tanto, resultaría interesante el estudio del perfeccionismo vinculado a otras variables como personalidad, bienestar, eventos de vida estresantes, satisfacción con la vida, ansiedad, entre otros, con la finalidad de enriquecer el entendimiento del constructo en la población universitaria, para lo cual se haría necesario el empleo de muestras de mayor tamaño y de distinta procedencia.

No obstante, se considera indispensable la puesta en marcha de programas preventivos en salud mental que tengan como población objetivo a los estudiantes universitarios, toda vez que diversas investigaciones demuestran el alto grado de vulnerabilidad que los caracteriza.



Referencias

- Alcántara, N. (2008). Síntomatología depresiva y Adhesión al tratamiento en Pacientes con VIH. (Tesis de Licenciatura). Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/files/PUCP00000000977/Sintomatolog%EDa%20depresi%20y%20adhesi%F3n%20al%20tratamiento%20en%20pacientes%20con%20VIH.pdf>
- American College Health Association (2011). *National College Health Assessment*. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: http://www.achancha.org/docs/ACHA-NCHA-II_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Fall2011.pdf
- Arana, F.; Scappatura, M.; Lago, A. & Keegan, E. (2007, Agosto). Perfeccionismo Adaptativo y Desadaptativo y malestar psicológico en Estudiantes Universitarios Argentinos: Un Estudio Exploratorio Utilizando el ASP – R. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. (1). Recuperado de http://usuarios.multimania.es/tesispsico/mat_catedra/tomo1%202007.pdf
- Arrivillaga, M.; Cortés, C.; Goicochea, V. & Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*. 3(1), 17 – 25. [Adobe Digital Editions version]. <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson
- Balanza, S., Morales, I. & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*. 20(2), 177 – 187. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Beck, A.; Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck. BDI – II*. Buenos Aires: Paidós
- Bermúdez, S., Durán, M., Escobar, C., Morales, A., Monroy, S., Ramírez, A., Ramírez, A., Ramírez, J., Trejos, J., Castaño, J. & González, S. (2006). *Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina*. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Medunab/2006/vol9/no3/2.pdf>
- Blatt, S. (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, G. & Beck, A. (2002). Dysfunctional Attitudes, Perfectionism, and Models of Vulnerability to Depression. En: Flett, G.; Hewitt, P. *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp. 231-251). Washington, DC: American Psychological Association.
- Caballero, C., Abello, R. & Palacio, J. (2007). Relación del Burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 98 - 111. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79925207>
- Carvajal, G. (1993). *Adolescer: La aventura de una metamorfosis. Una versión psicoanalítica de la adolescencia*. Bogotá: Tiresías.
- Cassaretto, M.; Chau, C.; Oblitas, H. & Valdez, N. (2003) Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21, 363-392.
- Castillo – Vilca, M., Prado – Mendoza, C. & Vega – Dienstmaier, J. (2010). Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 73(1), 9 – 14. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000400005&script=sci_arttext

- Chau, C. & Van den Broucke, S. (2005). Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños. Estudio de *Focus Group*. *Revista de Psicología*. 23(2), 267 – 291.
- Cheng, S. (2001, Junio) Life Stress, Problem Solving, Perfectionism, and Depressive Symptoms in Chinese. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (3), 303- 310.
- Clark, D.; Beck, A. & Brad, A. (1999). The Cognitive Theory of Depression. En: *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression* (pp. 76 – 112). New York: John Wilwy & Sons Inc.
- Cohen, J. (1988). *Applied multiple regression/ correlation analysis for the behavioral sciences*. Mahwah, NJ : LEA.
- Cornejo, M. (2005). *Comparación social y bienestar subjetivo entre estudiantes de una universidad privada de Lima* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de Repositorio Ddigital de Tesis PUCP.
- Cox, B. & Enns, M. (2003). Relative Stability of Dimensions of Perfectionism in Depression. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 35(2), 124-132.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*. 20(2), 147 – 172. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewPDFInterstitial/17937/18749>
- Domínguez, D. & Torres, A. (1996). Aspectos clínicos epidemiológicos de la depresión en la adolescencia. En Bassas, N. y Tomás, J. (Coord.). *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia*. (pp. 245-258) Barcelona: Alertes.
- Erazo, M. & Jiménez, M. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*. 5(1), 65-76. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3977308>

- Feldman, L., Goncalvez, L., Chacón, G., Zaragoza, J., Bagés, N. & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*.7(3), 739 – 751. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64770311>
- Flett, G. & Hewitt, P. (2002). Perfectionism and Maladjustment: An Overview of Theoretical, Definitional, and Treatment Issues. En: Flett, G.; Hewitt, P. *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp. 5-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449 – 468.
- Gabbard, G. (2002). Trastornos afectivos. En *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica* (pp. 249-287). Buenos Aires Ed. Médica Panamericana.
- Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima (2006). *Perfil de los Estudiantes del Consorcio de Universidades. Resumen y Análisis*. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: http://www.consorcio.edu.pe/admin/comisiones/comunidades/publicaciones/archivos/consorcio_perfil_estudiantes.pdf
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E. & Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES MEDICINA*. 24(1), 7 – 17. [Adobe Digital Editions version] Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2611/261119491001.pdf>
- Hammen, C. (1995). Mood Disorders. En: Sheldon, B. *Cognitive-behavioural therapy: research, practice and philosophy*. (pp. 93-118). London : Routledge
- Hewitt, P. & Flett, G. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423 – 438.

- Hewitt, P. & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456 – 470.
- Hewitt, P. & Flett, G. (2002). Perfectionism and Stress Processes in Psychopathology. En: Flett, G.; Hewitt, P. *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp. 255-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P.; Flett, G. & Weber, C. (1994, Octubre). Dimensions of Perfectionism and Suicide Ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18 (5), 439-460
- Ingram, R., Scott, W. & Hamill, S. (2009). Depression. Social and Cognitive Aspects. En: Blaney, P. & Millon, T. (Eds). *Oxford Text book of Psychopathology* (pp. 230-252). New York: Oxford University Press.
- Inoñan, C. (2011). *Propiedades psicométricas de la escala de respuestas rumiativas en una muestra de adultos de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 18(1,2). Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2006). Estudio epidemiológico en salud mental de la costa peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 23(1,2). Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Kawamura, K.; Hunt, S.; Frost, R. & Marten Di Bartolo, P. (2001, Junio) Perfectionism, Anxiety, and Depression: Are the Relationships Independent?. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (3), 291- 301.
- Luyten, P.; Sabbe, B.; Blatt, S.; Meganck, S.; Jansen, B.; De Grave, C.; Maes, F. & Corveleyn, J. (2007, Diciembre). Dependency and Self Criticism: Relationship with Major Depressive Disorder, severity of Depression, and Clinical Presentation. *Depression and Anxiety*. (24) Recuperado de

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=13&sid=8a50d598-0175-48ed-839c-9360944b22b7%40sessionmgr11>

- Melgar, N. & Rossi, M. (2012). *A Cross-Country Analysis of the Risk Factors for Depression at the Micro and Macro Levels*. *American Journal of Economics and Sociology*. 71(2), 354 – 376.
- Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Mc Bridge, C.; Farvolden, P. & Swallow, S. (2007). Major Depressive Disorder and Cognitive Schemas. En: Lawrence, R. *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems*. Washington, DC : American Psychological Association
- Obando, R. (2011). *Síntomatología Depresiva y Afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Obando, T. (2009). *Escala de atribuciones causales de éxito y fracaso académico para estudiantes universitarios*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Otiniano, F. (2012). *Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas de depresión mayor y trastorno de ansiedad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- O'Connor, R. (2007, Diciembre). The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide and Life – Threatening Behavior* 37(6). Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=f5h&AN=28513337&lang=es&site=ehost-live>
- Olson, M.; Kwon, P. (2008, Noviembre). Brooding Perfectionism: Refining the Roles of Rumination and Perfectionism in the Etiology of Depression. *Cognitive Therapy & Research*. 32(6) Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=13&sid=8a50d598-0175-48ed-839c-9360944b22b7%40sessionmgr11>

- Osada, J.; Rojas, M.; Rosales, C. & Vega – Dienstmaier, J. (2010). Síntomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuropsiquiatría*. 73(1), 15 - 19
- Palacio, J. & Martínez, Y. (2007). Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios. *Psicogente*. 10(18), 113 – 128. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado en: <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/28/32>
- Perales, A.; Sogi, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Carrera de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 64(4), 239 – 246. [Adobe Digital Editions version] http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v64_n4/enPDF/salud.pdf
- Pereyra – Elías, R., Ocampo – Mascaró, J., Silva – Salazar, V., Véles – Segovia, E., Da Costa, D., Toro – Polo, L. & Vicuña – Ortega, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 27(4), 520 – 526. [Adobe Digital Editions version] Recuperado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n4/a05v27n4.pdf>
- Pontificia Universidad Católica del Perú (s.f.). *Plan de estudios. Facultad de Arquitectura y Urbanismo*. Recuperado el 08 de Noviembre del 2013, de http://www.pucp.edu.pe/documento/guias-del-estudiante/guia-del-estudiante-2013-1-pregrado/informacion-de-las-unidades-academicas/planes-de-estudio/plan_de_estudios_arquitectura.pdf
- Pontificia Universidad Católica del Perú (s.f.). *Plan de estudios. Facultad de Derecho*. Recuperado el 08 de Noviembre del 2013, de http://facultad.pucp.edu.pe/derecho/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=101#.UnyeyflWwus

- Pons, J. & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol. Una revisión desde una perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Intervención Psicosocial*, 20(1), 75-94. [Adobe Digital Editions version] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/1798/179818575008.pdf>
- Riveros, M.; Hernández, H. & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI*. 10 (1), 91 – 102.
- Rodríguez, L. (2008). *Síntomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y pre universitarias*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Rodríguez, M.; Rojo, L.; Ortega, E & Sepúlveda, A. (2009). Adaptación de la Escala Multidimensional de perfeccionismo a Estudiantes Universitarios Españoles. *Ansiedad y Estrés*, 15 (1). Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=105&sid=2094030a-2e77-4429-82ac-d7b677a9bb20%40sessionmgr111>
- Secretaría Nacional de la Juventud (2012). *Encuesta nacional de la juventud. Resultados finales*. [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de: <http://dl.dropbox.com/u/53064273/senaju/pdf/ResultadosFinalesENAJUV2011.pdf>
- Shahar, G.; Blatt, S.; Zuroff, D.; Kuperminc, G. & Leadbeater, B. (2004, Febrero). Reciprocal Relation Between Depressive Symptoms and Self – Criticism (but Not Dependency) Among Early Adolescent Girls (but not Boys). *Cognitive Therapy and Research*. 28 (1) Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=13&sid=8a50d598-0175-48ed-839c-9360944b22b7%40sessionmgr11>
- Shahar, G.; Henrich, Ch.; Winokur, A.; Blatt, S.; Kuperminc, G. & Leadbeater, B. (2006). Self Criticism ad Depressive Symptomatology Interact to Predict Middle School Academic Achievement. *Journal of Clinical Psychology* 62 (1), 147 - 155 [Adobe Digital Editions version]. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=13&sid=8a50d598-0175-48ed-839c-9360944b22b7%40sessionmgr11n>

- Terry, L. (2008). *Hábitos de estudio y autoeficacia percibida en estudiantes universitarios, con y sin riesgo académico* (Tesis de Licenciatura). Repositorio digital de Tesis PUCP.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). Depresión y Problemas en las relaciones entre iguales. En: *Psicopatología del niño y del adolescente*. (pp.142-173) Madrid: Prentice Hall.





Anexos

Anexo A. Instrumentos

Anexo A1. Consentimiento Informado

Yo, _____, por medio de la presente, acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Srta. Andrea Tataje Márquez, alumna del decimo segundo ciclo de Letras y Ciencias Humanas, especialidad de Psicología, bajo la supervisión de la Dra. Cecilia Chau Pérez Aranibar, profesora de la PUCP; luego de haber sido informado de los objetivos del mismo.

Debido a ello, entiendo que el propósito de la investigación es el de conocer la relación entre los niveles de sintomatología depresiva y las dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana.

Asimismo, acepto colaborar brindando los datos que sean necesarios y resolviendo las pruebas psicológicas que se me solicite de manera anónima. De esta manera, se me ha informado que voy a llenar tres cuestionarios y que la sesión durará aproximadamente veinticinco minutos.

Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial, por lo que se me identificará dentro del estudio mediante un código. De igual manera, estos serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento, teniendo acceso a los datos, la conductora de la investigación, su respectiva supervisora; así como los jueces de la PUCP.

Finalmente se me ha informado que, de cambiar de opinión cualquiera de las partes involucradas, este acuerdo queda nulo, sin que por ello se me perjudique.

Firma del Participante

Srta. Andrea Tataje Márquez

Lima, _____ de _____ de 2010

Anexo A2. Encuesta Sociodemográfica

A continuación encontrarás una serie de preguntas sobre diferentes aspectos de tu vida. Te pido que contestes con la mayor sinceridad y claridad posible a todas las preguntas que te hago en este cuestionario

1.- ¿En qué carrera te encuentras?

2.- ¿Cuántos años tienes?

3.- Sexo: (Marca una X donde corresponda)

Hombre

Mujer

4.- ¿Cuál es tu estado civil?

5.- Número de hijos:

6.- ¿Cuál es la actividad principal a la que te dedicas? (Si realizas más de una, indícala)

7.-Lugar de procedencia (Si es de provincia, indica cuál provincia)

Lima

Provincia:

8.- Número de años residiendo en Lima:

9.- ¿Cuántas personas viven en tu casa incluyéndote a ti?

10.- ¿Quién es la persona encargada de mantener económicamente a tu familia? (¿Quién aporta mayor cantidad de dinero?)

Padre

Hermano/a

¿Otro familiar?, indícalo

Madre

Yo

11.- Actualmente, ¿te encuentras trabajando?

Sí No

12.- Si has marcado la opción SÍ, indica si tu trabajo es

Independiente Dependiente
Estable Eventual Contratado
Formal Informal

13.- Lo que ganas, ¿te alcanza para cubrir tus gastos?

Completamente En buena parte
Más o menos Muy poco

14.- La casa en la que vives es: (Marca solo una respuesta)

Propia Ocupada sin pago/Prestada
Alquilada Invasada
Otro

15.- ¿En qué año ingresaste a la Universidad?

16.- ¿En qué ciclo estás?

17.- ¿Has llevado cursos por segunda o tercera vez? Pon una X donde corresponda y especifica:

Sí ¿Cuántos cursos?

No

18.- Indica en cuál de estos rangos se ubicó aproximadamente, tu promedio ponderado del ciclo anterior. (Si tu promedio tiene decimales, redondéalo)

Menos de 6	<input type="checkbox"/>	Entre 13 y 14	<input type="checkbox"/>
Entre 7 y 8	<input type="checkbox"/>	Entre 15 y 16	<input type="checkbox"/>
Entre 9 y 10	<input type="checkbox"/>	Entre 17 y 18	<input type="checkbox"/>
Entre 11 y 12	<input type="checkbox"/>	Entre 19 y 20	<input type="checkbox"/>

Anexo B. Estadísticos

Anexo B1. Análisis Factorial del Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)

Test Kaiser – Meyer – Olkin y Bartlett para el BDI-II

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	Prueba de esfericidad de Bartlett	Sig.
0.87	2147.25	0.00

Matriz de estructura factorial con rotación Varimax del BDI-II

Item	Componente		Comunalidad
	1	2	
Item 15	.72	.07	.34
Item 20	.68	.04	.3
Item 4	.64	.14	.28
Item 12	.64	.16	.43
Item 13	.63	.15	.35
Item 19	.6	.08	.69
Item 14	.55	.14	.67
Item 1	.54	.23	.6
Item 5	.53	.25	.73
Item 2	.52	.18	.52
Item 16	.51	.07	.61
Item 18	.49	.1	.44
Item 3	.49	.2	.42
Item 17	.37	.04	.33
Item 21	.21	-.03	.53
Item 9	.0	.85	.27
Item 6	-.03	.83	.14
Item 11	.14	.77	.25
Item 7	.28	.77	.37
Item 8	.29	.72	.46
Item 10	.2	.69	.04

Nota. Cifras en negrita indican cargas factoriales más elevadas.

Anexo B2. Análisis Factorial de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo

Test Kaiser – Meyer – Olkin y Bartlett para la EMP

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin	Prueba de esfericidad de Bartlett	Sig.
.87	5063.69	.00



Matriz de estructura factorial con rotación Varimax de la EMP

Item	Componente			Comunalidad
	1	2	3	
Item 15	0.86	0.09	0.02	0.22
Item 17	0.83	-0.05	0.12	0.28
Item 20	0.82	0.11	0.01	0.37
Item 14	0.76	0.06	0.08	0.32
Item 6	0.73	0.24	0.05	0.41
Item 32	0.72	0.09	-0.03	0.6
Item 28	0.7	0.04	0.08	0.42
Item 7	0.61	0.21	0.09	0.39
Item 26	0.61	0.21	0.04	0.37
Item 42	0.6	0.14	0.07	0.39
Item 8	0.6	-0.03	0.17	0.2
Item 40	0.57	0.16	-0.02	0.17
Item 18	0.51	0.25	0.14	0.5
Item 16	0.44	-0.11	0.18	0.59
Item 11	0.44	0.03	0.08	0.75
Item 34	0.43	0.14	0.29	0.24
Item 1	0.42	0.2	0.05	0.71
Item 23	0.41	0.37	-0.08	0.34
Item 29	0.35	-0.02	-0.03	0.36
Item 12	0.34	0.01	0.23	0.69
Item 21	-0.02	0.74	0.06	0.55
Item 30	-0.1	0.7	-0.01	0.31
Item 33	0.2	0.66	-0.01	0.39
Item 13	0.28	0.65	-0.05	0.29
Item 39	0.31	0.63	-0.1	0.41
Item 41	0.20	0.62	0.02	0.27
Item 5	0.14	0.61	0.14	0.5
Item 9	-0.03	0.6	-0.03	0.12
Item 31	0.31	0.56	0.0	0.49
Item 44	-0.12	0.53	-0.01	0.41
Item 25	0.08	0.53	-0.1	0.53
Item 38	-0.01	0.52	-0.08	0.47
Item 35	0.34	0.45	0.04	0.29
Item 27	0.26	0.43	-0.13	0.32
Item 10	0.02	-0.01	0.63	0.22
Item 19	0.06	-0.08	0.6	0.27
Item 43	0.0	-0.23	0.58	0.5
Item 4	0.1	0.03	0.55	0.35
Item 24	0.0	-0.33	0.53	0.42
Item 3	0.13	0.3	0.51	0.39
Item 2	0.17	0.08	0.49	0.39
Item 37	0.25	-0.28	0.29	0.3

Nota. Cifras en negrita indican cargas factoriales más elevadas.

Anexo B3. Correlación ítem - test del Inventario de Depresión de Beck – II

Correlación ítem-test del Inventario de Depresión de Beck - II

Items	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item 1	.50	.86
Item 2	.43	.86
Item 3	.42	.86
Item 4	.52	.86
Item 5	.50	.86
Item 6	.42	.86
Item 7	.61	.85
Item 8	.59	.85
Item 9	.46	.86
Item 10	.52	.86
Item 11	.53	.86
Item 12	.52	.86
Item 13	.51	.86
Item 14	.45	.86
Item 15	.55	.86
Item 16	.39	.86
Item 17	.27	.87
Item 18	.39	.86
Item 19	.45	.86
Item 20	.50	.86
Item 21	.12	.87

Anexo B4. Correlación ítem - test de las subescalas de la EMP

Correlación ítem-test del PAO de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo

Items	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item 1	.42	.91
Item 6	.73	.90
Item 7	.59	.91
Item 8	.55	.91
Item 11	.37	.91
Item 12	.32	.91
Item 14	.72	.90
Item 15	.82	.90
Item 16	.39	.91
Item 17	.76	.90
Item 18	.49	.91
Item 20	.79	.90
Item 23	.42	.91
Item 26	.57	.91
Item 28	.65	.90
Item 29	.27	.91
Item 32	.66	.90
Item 34	.45	.91
Item 40	.52	.91
Item 42	.57	.91

Correlación ítem-test del PSP de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo

Items	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item 5	.56	.85
Item 9	.47	.86
Item 13	.63	.85
Item 21	.62	.85
Item 25	.45	.86
Item 27	.41	.86
Item 30	.56	.85
Item 31	.58	.85
Item 33	.62	.85
Item 35	.46	.86
Item 38	.40	.86
Item 39	.62	.85
Item 41	.59	.85
Item 44	.38	.86

Correlación ítem-test del POD de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo

Items	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item - 2	.33	.64
Item 3	.30	.65
Item 4	.40	.62
Item 10	.42	.61
Item 19	.39	.62
Item 24	.36	.63
Item 37	.24	.66
Item 43	.41	.62

Anexo B5. Prueba de normalidad del BDI-II y las subescalas de la EMP

Prueba de normalidad de las pruebas aplicadas

	Kolmogorov-Smirnov	
	Z	Sig.
BDI-II	.11	.00
P. Auto Orientado	.05	.08
P. Socialmente Prescrito	.04	.2
P. Orientado a los demás	.07	.00

