

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



CREENCIAS NUCLEARES EN TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES PRE- UNIVERSITARIAS

Tesis presentada por la Bachiller:
Mamani Palaco, Carmen Gabriela

Para obtener el Título Profesional de:
Licenciada en Psicología

Asesor: Mgter. Flor Vilches Velasquez

**Arequipa - Perú
2018**



Universidad Católica de Santa Marta

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"CREENCIAS NUCLEARES DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES PRE UNIVERSITARIAS";

Para optar su título profesional de Licenciado(a) en Psicología.

PRESENTADO POR la BACHILLER

MAMANI PALACO CARMEN GABRIELA

Nuestro Dictamen es:

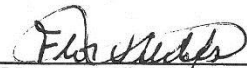
Favorable.

Observaciones:

el título cambio a:

"Creencias Nucleares en Trastornos Alimenticios y Síntomas de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Pre-universitarios"

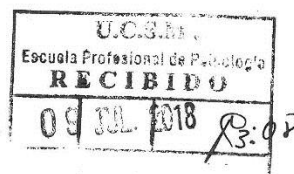
Arequipa, 27 de junio del 2018 .



Mgter. Flor Vilches Velasquez



Master Roger Puma Huacac



DEDICATORIA

A mi escuela de psicología de la UCSM.



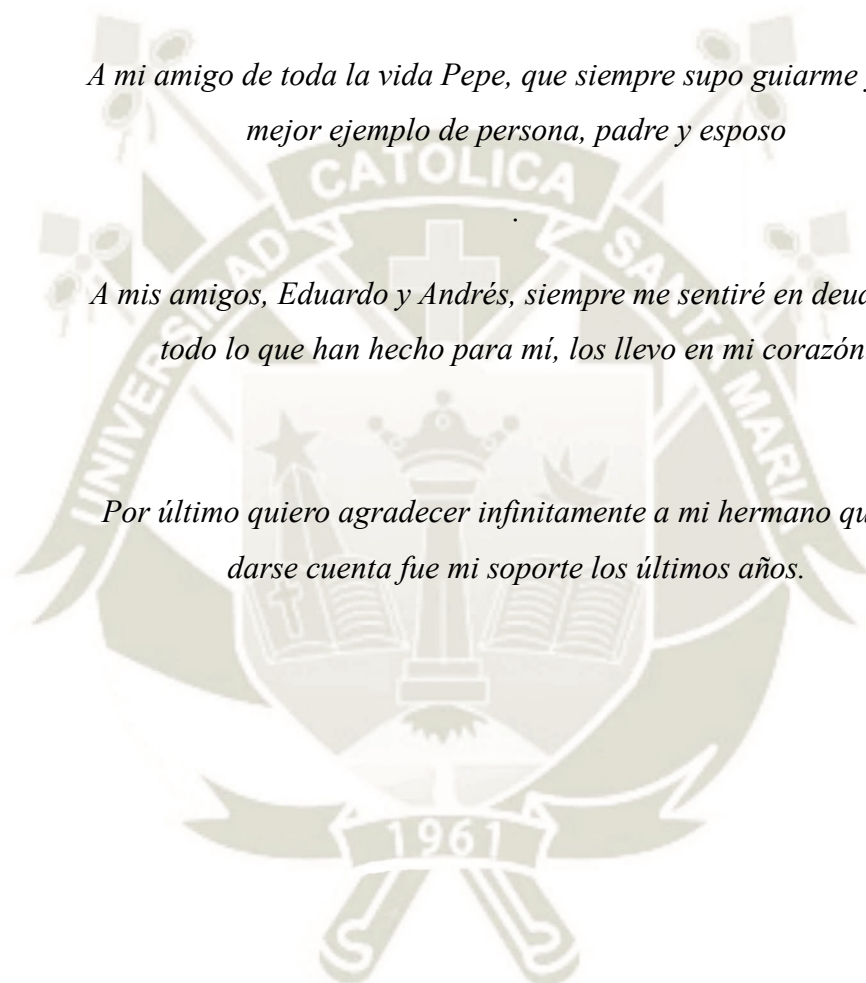
AGRADECIMIENTOS

Para mi madre querida que me ha demostrado ser el mejor ejemplo de resiliencia, a mi padre que tanto amo.

A mi amigo de toda la vida Pepe, que siempre supo guiarme y es el mejor ejemplo de persona, padre y esposo

A mis amigos, Eduardo y Andrés, siempre me sentiré en deuda por todo lo que han hecho para mí, los llevo en mi corazón.

Por último quiero agradecer infinitamente a mi hermano que sin darse cuenta fue mi soporte los últimos años.



ÍNDICE

Resumen	vi
Abstract	vii
Capítulo I	1
Marco teórico.....	1
Introducción	1
Problema o interrogante	2
Variables.....	2
<i>Variable 1</i>	2
<i>Creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios:</i>	2
<i>Variable 2</i>	2
<i>Sintomatología ansiosa</i>	2
<i>Variable 3</i>	2
<i>Sintomatología depresiva</i>	2
Objetivos	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
Antecedentes Teóricos - Investigativos	3
Hipótesis	10
Capítulo II.....	11
Diseño metodológico	11
Tipo de Investigación.....	11
Técnica e instrumento.....	11
Población y Muestra.....	14
Características de la muestra.....	14
Estrategias de recolección de datos	15
Criterios para el procesamiento de la información	15
Resultados.....	18
Discusión	31
Conclusiones	34
Sugerencias.....	35
Limitaciones.....	36
Referencias.....	37
Anexos.....	42

Resumen

Este estudio exploró la correlación entre las creencias nucleares de los trastornos alimenticios, y la sintomatología de ansiedad y depresión, en las estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María. La muestra del estudio incluyó a 517 alumnas, entre 15 y 22 años. Las participantes fueron evaluadas con la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) para medir los niveles de ansiedad y depresión, y el Cuestionario de Creencias Nucleares de los Trastornos Alimenticios (ED-CBQ) para medir los niveles de 5 creencias nucleares de los trastornos alimentarios. Los resultados indican una alta correlación significativa entre 4 creencias nucleares de los trastornos alimenticios y los síntomas ansiosos. También indica una alta correlación positiva significativa entre 4 creencias nucleares de trastornos alimentarios, y una correlación negativa significativa alta entre 1 creencia nuclear de trastornos alimentarios y los síntomas depresivos. Estos resultados indican que las creencias nucleares de los trastornos alimentarios están asociadas a los síntomas de ansiedad y depresión. En el análisis de regresión lineal se encontró que 2 creencias nucleares de los trastornos alimentarios predicen la ansiedad y 3 creencias nucleares de los trastornos alimentarios predicen la depresión.

Palabras clave: ansiedad depresión y trastornos alimenticios

Abstract

The correlation among core beliefs of eating disorders, anxiety and depression symptoms, in female students of the pre-university center of the Catholic University of Santa Maria was studied. Study sample included 517 female students, between 15- and 22-years old. Participants were assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to measure their levels of anxiety and depression, and the Eating Disorders Core Beliefs Questionnaire (ED-CBQ) to measure levels of 5 eating disorders core beliefs. Results indicate a high significant correlation between 4 eating disorders core beliefs and anxiety. It also indicate a high significant positive correlation between 4 eating disorders core beliefs, and a high significant negative correlation between 1 eating disorders core beliefs, and depression. These results indicate that eating disorders core beliefs are associated to anxiety and depression. In the linear regression analysis was found that 2 eating disorders core beliefs predict anxiety and 3 eating disorders core beliefs predict depression.

Key words: anxiety, depression and eating disorders.

Capítulo I

Marco teórico

Introducción

Es sabido que existe una comorbilidad entre los trastornos alimenticios y la perturbación emocional (p.e. la ansiedad y la depresión). Sin embargo, esta relación que tienen los trastornos alimenticios y la perturbación emocional no es del todo bien entendida (Cooper, Rose y Turner, 2005).

Los teóricos cognitivos, que han estudiado los trastornos alimenticios, indican que son los pensamientos subyacentes los que desarrollan y mantienen los trastornos alimenticios, siendo también algunos pensamientos negativos los causantes de la ansiedad y de la depresión, por lo cual existe la teoría que postula que los pensamientos negativos de los trastornos alimenticios están también asociados a la depresión y a la ansiedad (Cooper y Hunt, 1998).

Fairchild y Cooper (2010), mencionan que las creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios son multidimensionales, llegando así a la siguiente conclusión, el pensamiento central asociado a los trastornos alimenticios que principalmente está asociado a la depresión es, odio hacia una misma. Y que los pensamientos centrales más asociados a la ansiedad son: Odio hacia una misma y el de, abandonada/privada.

Por esta razón nace la iniciativa de investigar la relación entre los pensamientos nucleares asociados a los trastornos alimenticios con los síntomas de ansiedad y de depresión, para poder aportar evidencia y poder definir la posible razón por la cual la ansiedad y la depresión están presentes en las mujeres que presentan trastornos alimenticios.

Problema o interrogante

¿Existirá correlación entre las creencias nucleares en trastornos alimenticios y los síntomas de ansiedad y depresión en las estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María?

Variables

Variable 1

Creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios:

Son pensamientos centrales negativos que, derivados de experiencias tempranas, están relacionados al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimenticios (Fairchild y Cooper, 2010). Los cuales expresan: Odio hacia una misma; no asertiva/inhibida; altos estándares para sí misma; demanda y necesidad de ayuda y apoyo; abandonada/privada.

Variable 2

Sintomatología ansiosa

Los síntomas de ansiedad se manifiestan en preocupación constante, aprehensión emocional, inquietud motora y ansiedad psíquica (Snaith y Taylor, 1985).

Variable 3

Sintomatología depresiva

Los síntomas depresivos se manifiestan como un estado emocional predominado por un ánimo decaído prolongado y pérdida de la respuesta al placer (Snaith y Taylor, 1985).

Objetivos

Objetivo General

Relacionar las creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios con los síntomas de ansiedad y depresión, en estudiantes mujeres del centro pre-universitario de la Universidad Católica Santa María.

Objetivos Específicos

- Definir el nivel de creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios.
- Definir el nivel de síntomas ansiosos en las estudiantes del centro pre-universitario de la Universidad Católica Santa María.
- Definir el nivel de síntomas depresivos en las estudiantes del centro pre-universitario de la Universidad Católica Santa María.

Antecedentes Teóricos – Investigativos

En los últimos años, numerosos estudios sobre los trastornos de la conducta alimentaria se han enfocado en evaluar la naturaleza y las correlaciones de éstos, una característica común que aparece siempre en las investigaciones realizadas con adolescentes que presentan trastornos alimentarios, es un alto nivel de insatisfacción con su imagen corporal debido al peso ideal que tienen internalizado. Es así como Vander (2011) refiere que los factores asociados con las estrategias para el control excesivo de peso en adolescentes son la insatisfacción corporal, el impulso por la delgadez y una percepción distorsionada del peso.

Los trastornos de conducta alimentaria, específicamente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, tienen la característica común de tener un temor excesivo e irracional a subir de peso. Así mismo, en ambos trastornos existe una percepción distorsionada de la imagen corporal, respecto al tamaño y a la forma (Barlow y Durand, 2012; Butcher, Mineka y Hooley, 2007; Sarason y Sarason, 2006).

A su vez presentan patrones de conducta alimentaria poco comunes, dichas conductas al parecer surgen de la insatisfacción con el peso o la forma del cuerpo. Los patrones de conducta alimentaria que presentan alteraciones debido a la excesiva preocupación con el peso y la dimensión del cuerpo, a veces caen en extremos, los cuales conducen a un trastorno de conducta alimentaria. Investigaciones señalan que aproximadamente el 50% de adolescentes mujeres y el 20% de adolescentes varones siguen una dieta para controlar su peso (Sue; Sue y Sue, 2010).

Las conductas de purga y ayuno frecuentes se relaciona con creencias centrales desadaptativas más severas (Dingermans, Spinhoven, Furth, 2005).

Los trastornos de conducta alimentaria aparte de tener como característica, el temor irracional a ganar peso y la percepción distorsionada de su cuerpo, también presentan patrones de pensamiento perfeccionista, pensamientos negativos hacia uno mismo, necesidad de aprobación de los otros y autocondena hacia uno mismo (Barlow y Durand, 2012).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA; 2014) la anorexia, aparte de presentar esos patrones de pensamiento erróneos, también tienen conductas de verificación como medir constantemente partes del cuerpo, pesarse constantemente y mirarse repetidamente en el espejo. Por otro lado, en la bulimia también se encuentran los

pensamientos de incontrolabilidad frente a los atracones. Para Barlow y Durand (2012) los trastornos alimenticios también tienen una marcada intolerancia a las emociones negativas.

Según Cooper (1997) en la anorexia y en la bulimia, se han descubierto importantes patrones de pensamiento distorsionado, caracterizado por creencias negativas acerca de la comida, el comer, el peso y la forma del cuerpo. Asimismo, Cooper y Turner (2000) descubrieron que las mujeres con anorexia mantienen un alto nivel de pensamientos subyacentes y pensamientos negativos hacia una misma.

Existen algunos factores que se relacionan con los patrones de conducta alimentaria alterados, los cuales son: el sobrepeso, insatisfacción con el propio cuerpo, baja autoestima, consumo de drogas, depresión y pensamientos suicidas (Wade, 2007).

A las personas con trastornos de la conducta alimentaria usualmente les preocupa demasiado su imagen corporal y tienen una autoestima baja, niveles moderados de depresión y sentimientos de impotencia; tienden a valerse de los alimentos o el control del peso como un medio para dominar la ansiedad o el estrés (Schwitzer *et al.*, 2001).

En una investigación realizada por Cooper, Todd, & Wells, (1998) refieren que las autocríticas negativas comunes en los trastornos de conducta alimentaria son: "soy un fracaso", "no valgo nada", "soy débil", "soy repugnante" y "estoy completamente solo".

En una revisión bibliográfica realizada por Behar (2011), se descubrió que los pensamientos negativos hacia uno mismo, pueden llegar a ser un factor predisponente en los trastornos alimenticios.

El modelo de la terapia cognitiva propone que todas las perturbaciones emocionales tienen un factor común el cual es una distorsión del pensamiento, que influye en el estado

de ánimo y como consecuencia en la conducta de las personas.

Las creencias centrales han sido definidas como el contenido de los esquemas, en el contexto de la teoría cognitiva, en el que los esquemas se alimentan de las estructuras cognitivas que organiza la experiencia y el comportamiento, así también son estas las que determinan el contenido de los pensamientos, sentimientos y comportamiento (Beck Freeman y Associates, 1990).

Dichas creencias se desarrollan en la infancia, cuando el niño se relaciona con las personas significativas para sí mismo y cuando se ve expuesto a situaciones diversas. En su mayoría las personas suelen mantener creencias centrales positivas como "soy una persona que vale la pena". Y las creencias centrales negativas surgen de los momentos de distrés psicológico, es decir en situaciones de angustia o sufrimiento en el cual una persona es incapaz de adaptarse a factores amenazantes (Beck 1995).

Según la teoría cognitiva (Beck, 2000) los pensamientos son los determinantes de las emociones y conductas de las personas. En los trastornos alimenticios, los pensamientos distorsionados sobre el peso, la comida y la forma del cuerpo, generan conductas disfuncionales de privación de la alimentación, purga de la comida, dietas excesivas, etc. (Cooper, 1997).

Los sentimientos de una persona están directamente relacionados con la interpretación que hace ésta acerca de situaciones específicas, entonces, no es la situación misma la que lleva a perturbarnos, sino mas bien, qué significan éstas para nosotros (Beck, 1995).

Para Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) los pensamientos negativos hacia uno mismo, por lo general, tienden a generar síntomas depresivos. Según Cooper, Rose y Turner

(2005) los pensamientos negativos hacia uno mismo son parte del patrón común en los trastornos alimenticios, en donde se podría decir que esa es la razón por la cual la depresión tiene comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, Cooper y Hunt (1998) concluyeron que las pacientes con bulimia nerviosa no difieren de las pacientes con depresión respecto a los pensamientos negativos hacia una misma.

Según Snaith y Taylor (1985) la depresión es un estado emocional predominado por el ánimo decaído, pensamientos negativos y por la anhedonia. También está caracterizada por el periodo prolongado de este ánimo decaído, manteniendo cambios o alteraciones fisiológicas, conductuales, cognitivas, sociales, interpersonales y laborales, pudiendo ser dividida en tres niveles (leve, moderada, grave), y también siendo definido como un episodio único o una depresión crónica (APA, 2014).

“En cierto sentido, la persona depresiva es como un ser puramente “cerebral”: Puede ver la gracia de un chiste, pero no le divierte. Describe las cualidades positivas de su esposa e hijo sin ninguna satisfacción. Reconoce el atractivo de su comida favorita o de una pieza musical, pero sin experimentar ningún entusiasmo. Paradójicamente, aunque la capacidad del depresivo para experimentar sentimientos positivos esté apagada, si experimenta en grado muy agudo las vibraciones de emociones desagradables. Es como si su reserva de sentimientos estuviese orientada hacia las puertas de la tristeza, la apatía y la infelicidad.” (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979, p. 41)

La depresión es el resultado de un patrón distorsionado de pensamientos, caracterizados por pensamiento negativos hacia los demás, hacia el futuro y hacia uno mismo (Beck et al., 2010). Los pensamientos negativos, tienden a desarrollarse de creencias centrales negativas, las cuales tienen la característica principal de ser profundas y absolutistas (Beck, 2000).

Para Sue, Sue y Sue (2010) la depresión puede ser subdividida en cuatro aspectos; afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico; en el aspecto afectivo, el síntoma más notable es el estado de ánimo decaído y la anhedonia, en el aspecto cognitivo se observan las creencias profundas de minusvalía, inutilidad, desesperanza y desaprobación, en el aspecto conductual se aprecia el aislamiento, la pérdida del interés en su aspecto personal, la evitación de situaciones sociales, entre otras y en el aspecto fisiológico se ve el cambio en los patrones de sueño, cambio del apetito, disminución o aversión al contacto sexual, etc.

En el caso de la ansiedad, al igual que en la depresión, los pensamientos negativos también juegan un rol importante, predominando un estilo de pensamiento de alerta constante frente a cualquier estímulo en el ambiente (Barlow y Durand, 2012). Se podría describir a la ansiedad como un conjunto de pensamientos de preocupación, aprehensión emocional, inquietud motriz y tensión interna que perturba a las personas (Snaith y Taylor, 1985). La APA (2014) y Sue et al. (2010) describen a la ansiedad, como una reacción desproporcionada ante un estímulo que signifique riesgo para la persona, que se caracteriza por un conjunto de síntomas, tanto fisiológicos y cognitivos, que producen intranquilidad, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, etc.

Las creencias nucleares están relacionadas con la sintomatología de los trastornos alimenticios, sin embargo, los pacientes con trastornos alimenticios también mantienen creencias nucleares que no están directamente relacionadas con la alimentación, el peso o la forma del cuerpo (Dingemans, Spinhoven y van Furth, 2006).

Así también en un estudio realizado por Jiménez y Silvia (2010) se encontró que las mujeres que tienen mayor predisposición a presentar trastornos alimenticios, tienen una alta probabilidad de presentar ansiedad y depresión. Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira (2009) mencionan que las valoraciones cognitivas distorsionadas influyen en los trastornos

emocionales y en los trastornos alimenticios, pero no especifican que trastorno inicia primero.

Los estudiosos de los trastornos alimenticios afirman que los pensamientos disfuncionales juegan un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de dichos trastornos. Asimismo, algunos pensamientos disfuncionales presentes en los trastornos alimenticios, también están presentes en la ansiedad y en la depresión (Rawal, Park y Williams, 2010). Así como mencionan Cooper y Hunt (1998) y Solano y Cano (2012) los trastornos alimenticios siempre tienden a presentar altos puntajes en cuestionarios que miden ansiedad y depresión. También Woolrich, Cooper y Turner (2006), afirman que existen importantes cogniciones que se presentan tanto en la depresión como en los trastornos alimenticios.

Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci (2008), estudiaron la relación entre la depresión y los síntomas de trastornos alimenticios, comprobando que existe una alta relación entre ambas condiciones. Asimismo Woolrich, Cooper y Turner (2006) mencionaron que los pensamientos negativos hacia una misma, presentes en los trastornos alimenticios, activan la depresión en las pacientes con trastornos alimenticios.

Turner, Rose y Cooper (2005) mencionan que los pensamientos negativos y los esquemas negativos subyacentes tienden a desarrollar y mantener los trastornos alimenticios en mujeres adolescentes y jóvenes adultas. Así mismo, O'Connor, Simmons y Cooper (2003) concluyeron que los pensamientos centrales relacionados a hacer dietas son predictores de los trastornos alimenticios y que las mujeres con pensamientos sobre hacer dietas, mantienen pensamientos negativos hacia una misma. Beck et al. (2010) mencionan que los pensamientos negativos son un factor específico en la depresión y en la ansiedad, pero no son un aspecto determinante, puesto que deben estar relacionados con otros pensamientos

nucleares.

En el caso de la depresión y la ansiedad, las mujeres tienden a presentar ambos cuadros en mayor prevalencia que los hombres, específicamente entre las edades de 15 y 17 años (Balcázar, Bonilla, Santamaría, Gurrola y Trejo, 2007). Asimismo, Balanza, Morales y Guerrero (2009) aseguran que las estudiantes mujeres tienden a presentar más ansiedad y depresión que los hombres. Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008) concluyeron que las estudiantes universitarias tienden a ser más vulnerables a presentar ansiedad y depresión. Según Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa (2007) la edad en donde más se desarrollan los trastornos alimenticios es entre los 15 y 19 años, mismo rango de edad que Balcázar et al. (2007) y Balanza et al. (2009) mencionan que es cuando más se detecta la ansiedad y la depresión.

Sin embargo Beck, J. S., (2007) nos dice que las investigaciones muestran que las personas podemos aprender a modificar nuestro comportamiento y más importante todavía, es que podemos mantener esos cambios.

Hipótesis

H₁: Existirá correlación positiva entre las creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios y los síntomas de ansiedad y depresión.

H₀: No existe correlación positiva entre las creencias nucleares de trastornos alimenticios y los síntomas de ansiedad y depresión.

Capítulo II

Diseño metodológico

Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo no experimental correlacional, la cual busca determinar una relación entre dos o más fenómenos, sin profundizar en una causalidad entre los mismos. Es también una investigación descriptiva, que tiene por objetivo describir las características de los fenómenos estudiados entre los de participantes (Salkind, 1999).

Técnica e instrumento

La técnica que se utilizó es la de la encuesta.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: el Cuestionario de Creencias Nucleares asociadas a los Trastornos Alimenticios (ED-CBQ, por sus siglas en inglés) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés).

El Cuestionario de Creencias Nucleares asociados a los Trastornos Alimenticios (ED-CBQ, por sus siglas en inglés) es un cuestionario autoadministrado que busca identificar de una forma multidimensional las creencias nucleares en trastornos alimenticios. Al tratarse de un cuestionario multidimensional, está dividido en cinco subescalas de creencias nucleares, que los llamaremos factores, los mismos que están más relacionadas a los trastornos alimenticios, estos son:

Odio hacia una misma; son pensamientos negativos caracterizados por tener un contenido de odio hacia sí misma y sus características personales.

No asertivo/Inhibida; son pensamientos que tienen un contenido de inhibición o falta de asertividad al momento de relacionarse.

Altos estándares para sí misma; son pensamientos que mantienen un contenido de perfeccionismo y alto nivel de competencia en la vida de una persona.

Demanda y necesidad de ayuda y apoyo; son pensamientos cuyo contenido deriva de una necesidad irracional de ayuda apoyo para cualquier aspecto personal.

Abandonada/Privada; son pensamientos caracterizados por tener un contenido de abandono y privación de aspectos positivos en su propia vida.

Para puntuar este instrumento, se deben sumar los ítems de cada creencia nuclear o factor por separado, para luego ser divididos entre la cantidad de ítems de cada factor (Fairchild y Cooper, 2010).

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. (Odio hacia una misma) son los ítems; | 7, 8, 9, 15, 20, 25, 27, 28, 29, 40. |
| 2. (No asertivo/Inhibida) son los ítems; | 14, 17, 30, 33, 36, 37, 38, 39. |
| 3. (Altos estándares para sí misma); | 4, 10, 11, 18, 22, 23, 24, 31. |
| 4. (Demanda y necesidad de ayuda y apoyo); | 3, 5, 12, 13, 16, 21, 26, 32, 34, 35. |
| 5. (Abandonada y privada); | 1, 2, 6, 19. |

Se podría graficar la fórmula para obtener el puntaje de cada ítem de la siguiente manera:

$$\text{Puntaje de facto} = \frac{\Sigma \text{ de ítems del factor}}{\text{N}^\circ \text{ total de ítem del factor}}$$

Para la validación del ED-CBQ se realizó en una muestra estadounidense de 500 mujeres entre 18 y 65 años de edad, dicha muestra se recolectó de manera probabilística y a través de correos electrónicos. El coeficiente de alfa de Cronbach alcanzado en la validación del instrumento por cada factor varió entre los rangos de ,76 a ,96, indicando un alto nivel

validez interna (Fairchild y Cooper, 2010). Dado que el instrumento estaba disponible sólo en el idioma inglés, fue necesario solicitar a una persona conocedora del idioma y de la psicología para que realice la traducción. Posterior a esto se contactó a un segundo traductor para corroborar que el instrumento podría ser aplicado en una muestra hispano parlante. Una vez obtenido el instrumento traducido se realizó un estudio piloto con estudiantes de un centro preuniversitario y se obtuvo que la confiabilidad con alfa de Cronbach para la población arequipeña es de: Odio hacia una misma ,76; No asertivo/inhibida ,80; Altos estándares para sí misma ,72; Demanda y necesidad de ayuda y apoyo ,79 y Abandonada y privada ,82.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS por sus siglas en ingles), se utiliza para identificar la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes hospitalizados y pacientes de consulta externa, como también ayuda a identificar y manejar los desórdenes emocionales en los hospitales (Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento se puntúa en una escala Likert de 0 a 3 y está conformado por 14 ítems, siendo 7 ítems sobre sintomatología ansiosa (HADS-A) y 7 ítems sobre sintomatología depresiva (HADS-D). Los puntajes de cada subescala del HADS van de un rango de 0 a 21. En el que los participantes deben describir los sentimientos que han experimentado la última semana. Es preciso mencionar que los puntajes para ambos (HADS-A y HADS_D) se consideran de 0 a 7 normal como normal, de 8 a 10 como dudoso, y de 11 a más como caso; como lo afirman Rico, Restrepo y Molina (2005).

En la validación y adaptación del HADS en Colombia de Rico, Restrepo y Molina (2005), se evaluaron 89 pacientes de consulta externa, en este estudio se alcanzó un coeficiente de alfa de Cronbach de ,85. En un meta análisis de Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann (2002) se pudo constatar que en un total de 700 estudios alrededor del mundo

el HADS muestra una confiabilidad alta, específicamente la escala de sintomatología ansiosa tiene un alfa de ,83. Mientras que, la escala de sintomatología depresiva tiene un alfa de ,82. Algunos otros autores han confirmado también que este instrumento es confiable y válido para identificar distres emocional y poder identificar diferentes aspectos de los desórdenes afectivos de las personas (De las Cuevas, García-Estrada y Gonzáles de la Rivera, 1995; Martínez et al. 2012). Al igual que con el cuestionario de creencias nucleares, para el HADS se realizó un estudio piloto con estudiantes de un centro preuniversitario y se obtuvo que la confiabilidad con alfa de Cronbach para la población arequipeña es de: sintomatología ansiosa ,79 y sintomatología depresiva ,75.

Población y Muestra

Las participantes elegidas fueron las estudiantes pre-universitarias del centro pre-universitario de la Universidad Católica Santa María. El número aproximado de estudiantes mujeres del centro pre-universitario fue de 542, número facilitado por la secretaria del centro. Se evaluaron a todas las estudiantes mujeres matriculadas en el periodo de verano del centro pre-universitario.

Características de la muestra

Se incluyó en la muestra solamente a estudiantes mujeres del centro pre-universitario de la Universidad Católica Santa María que estuvieron presentes en el salón de clases durante la aplicación de los cuestionarios. Los cuestionarios que estuvieron incompletos o que fueron mal llenados fueron excluidos de la muestra final del estudio. Por tanto la muestra final alcanzada en el presente estudio fue de 517 estudiantes mujeres con edades entre 15 y 22 años ($M= 16,95$, $DS = 1,11$).

Estrategias de recolección de datos

Se tramitó un permiso con la dirección del centro pre-universitario de la Universidad Católica Santa María para tener acceso a las aulas. La recolección de datos se llevó a cabo en las aulas del centro pre-universitario de la Universidad Católica Santa María, con la autorización de la dirección de dicho centro en el mes de enero del año 2016. Se solicitó que los estudiantes hombres de los salones se retiraran para poder evaluar solamente a las mujeres. A continuación, se entregaron los cuestionarios a las estudiantes mujeres y se entregaron las instrucciones para su llenado correspondiente. La investigadora estuvo presente a lo largo de toda evaluación para asegurar que las respuestas sean individuales y para resolver cualquier pregunta que se pudiera suscitar. Al finalizar se recolectaron los cuestionarios agradeciendo la participación de las estudiantes y al docente por su colaboración. Los estudiantes tuvieron un tiempo aproximado de 25 minutos para poder completar ambos cuestionarios.

Criterios para el procesamiento de la información

La variable de creencias nucleares asociados a los trastornos alimenticios se analizó como cuantitativa y fue dividida en los distintos factores que resultan del cuestionario. Cada factor fue observado como cuantitativo, obteniendo como puntaje mínimo 0 y como puntaje máximo 6, para cada factor. Los puntajes para los distintos factores fueron obtenidos de la suma de los ítems de cada factor divididos entre la cantidad de ítems del mismo.

Las variables sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva, fueron medidas por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) estructurada como una escala de tipo Likert que va desde el 0 hasta el 3. Estos puntajes se obtuvieron de la suma de cada ítem de las subescalas respectivas, siendo los puntajes ingresados a una plantilla en

Microsoft Excel en donde cambiaron en los puntajes finales correspondientes. Para ingresar las respuestas a la plantilla en Microsoft Excel, se colocó 1, 2, 3 o 4 respectivamente según sea la respuesta marcada. La plantilla electrónica convirtió a los puntajes de la prueba, y convirtió los ítems inversos, haciendo la suma automática por subescala.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales versión 19 (SPSS v.19). Los datos descriptivos utilizados fueron media, desviación estándar, valor mínimo y máximo. Además, se observaron las correlaciones de Pearson y Chi cuadrado, entre cada una de las variables de estudio. Por último y con fines exploratorios, se decidió utilizar la regresión múltiple para establecer la magnitud única de las relaciones de cada una de las escalas de creencias nucleares de los trastornos alimenticios con los síntomas depresivos y de ansiedad.

La regresión múltiple, es una técnica estadística utilizada para determinar cuál es el porcentaje de variación que dos variables comparten controlando el efecto de otras variables (Aiken & West, 1991). El control estadístico es especialmente útil cuando los fenómenos, como en psicología, son multicausales. Por tanto, como en la presente investigación las creencias nucleares de trastornos alimentarios, por su propia naturaleza, están relacionados, es necesario utilizar esta técnica a modo de conocer cuál es la creencia que tiene un efecto más fuerte y único sobre los síntomas depresivos y ansiosos. En consecuencia, las variables predictoras fueron las creencias nucleares de trastornos alimenticios y las variables predichas fueron los síntomas depresivos y síntomas ansiosos. En ese sentido, los parámetros a leerse en la regresión múltiple son los siguientes:

Coefficiente de regresión no estandarizado: Este parámetro indica cuanto cambia la variable predicha por cada punto de aumento de la variable predictora. Es decir, si el coeficiente es igual a 5 significa que por cada punto de aumento en la variable predictora la variable

predicha aumenta 5 puntos. De acuerdo a la normativa APA se representa con la letra B en las tablas.

Coefficiente de regresión estandarizado: Este parámetro indica la magnitud de la relación entre la variable predictora y la predicha. Las magnitudes se leen al igual que las correlaciones de Pearson y bajo las recomendaciones de Cohen (1992) para psicología donde relaciones de ,10 hasta ,20 son consideradas leves; relaciones de ,21 hasta ,30 son consideradas moderadas; y, relaciones de ,31 en adelante son consideradas relaciones fuertes. Cuando este valor es elevado al cuadrado se puede conocer cuál es el porcentaje de la variación total de la variable predicha por parte de la variable predictora en cuestión. De acuerdo a la normativa APA se representa con la letra griega beta (β) en las tablas.

R^2 : Este es un valor que indica el porcentaje total de la variación de la variable predicha que es explicada por las variables predictoras en su conjunto. De acuerdo a Cohen (1992) en las ciencias sociales y especialmente en psicología es esperable encontrar R cuadrados alrededor de ,20 por la complejidad de los fenómenos que se estudian.

Significancia: Para la regresión múltiple existen dos pruebas estadísticas que evalúan la significancia de cada uno de los parámetros. La significancia de los coeficientes de regresión es evaluada en base a una distribución probabilística T de Student, el valor T de los coeficientes de regresión se estima dividiendo el valor del coeficiente entre su error estándar (EE). Mientras que la significancia del R^2 es evaluada en base a la distribución probabilística de F de Fisher. La significancia en estos casos indica que el valor en cuestión es estadísticamente distinto de 0. Por tanto, por más pequeño que sea un parámetro si es significativo indica que la variable predicha es de algún modo explicada por las variables predictoras.

Capítulo III

Resultados

Tabla 1

Datos por grupos de edad, ansiedad y depresión.

Edad	N	%
15 a 16	204	39.5
17 a 19	293	56.7
20 a 22	20	3.9
Ansiedad		
Caso	95	18.4
Caso Probable	202	39.1
Normal	220	42.6
Depresión		
Caso	9	1.7
Caso Probable	104	20.1
Normal	404	78.1
Total	517	100.0

Se observa que durante el estudio, la mayoría de las participantes estaban entre los 17 a 19 años. Se registra que 95 estudiantes de 517 presentan síntomas ansiosos, las cuales representarían a un 18.4% de la muestra. Así mismo solo 9 participantes presentan síntomas depresivos, las cuales representarían al 1.7% de la muestra.

Tabla 2

Creencias nucleares de los trastornos de conducta alimentaria en mujeres del centro pre-universitario.

Odio hacia una misma	N	%
Alto	181	35.0
Medio	156	30.2
Bajo	180	34.8
No asertiva/Inhibida		
Alto	155	30.0
Medio	188	36.4
Bajo	174	33.7
Altos estándares para sí misma		
Alto	156	30.2
Medio	169	32.7
Bajo	192	37.1
Demanda y necesidad de ayuda y apoyo		
Alto	170	32.9
Medio	168	32.5
Bajo	179	34.6
Abandonada/Privada		
Alto	162	31.3
Medio	167	32.3
Bajo	188	36.4
Total	517	100.0

En la tabla 2 se observa la descripción en niveles de cada creencia nuclear, se registra que el pensamiento con mayor porcentaje de la muestra es, odio hacia una misma, con un 35%, es decir que esta creencia está fuertemente presente en 181 participantes. Y en nivel bajo encontramos a la creencia, altos estándares para si misma, con un 37.1%, es decir que 192 participantes tienen el menor puntaje en esta creencia, o que no se identifican con la descripción de los items.

Tabla 3
Datos estadístico de variables.

	M	DS	Mín	Máx
Ansiedad	8,39	3,42	0	18
Depresión	5,32	2,95	0	16
Odio hacia una misma	,826	,97	,00	5,40
No asertiva/inhibida	2,31	,89	,00	5,00
Altos estándares para sí misma	4,11	,95	,38	6,00
Demanda y necesidad de ayuda y apoyo	2,02	,91	,00	5,00
Abandonada/privada	2,40	1,12	,00	6,00

En la Tabla 3 se pueden observar los datos estadísticos descriptivos de las variables de estudio en base a los resultados obtenidos. Los síntomas ansiosos tienen una media de 8,39 con una desviación estándar de 3,42 siendo el valor máximo obtenido 18. Se puede observar una situación parecida con los síntomas depresivos que tienen una media de 5,32 en la muestra actual, con una desviación estándar de 2,95 siendo el valor máximo obtenido 16.

Con respecto a las creencias nucleares de los trastornos alimenticios, se puede observar que la media de odio hacia una misma es bastante baja siendo de 0,82 con una desviación estándar de 0,97 sin embargo el puntaje máximo alcanzado en esta subescala es de 5,40. La subescala de no asertiva/inhibida muestra una media un poco más alta siendo 2,31 con una desviación estándar de 0,89 y el puntaje máximo alcanzado es 5. En la subescala de altos estándares para sí misma se observa una media aún mayor que las anteriores con 4,11 puntos con una desviación estándar 0,95 con un puntaje máximo de 6. Por otro lado la subescala de demanda y necesidad de ayuda y apoyo tiene una media de 2,02 con una desviación estándar de 0,91 con el puntaje máximo obtenido de 5. Finalmente, la subescala de abandonada/privada muestra una media de 2,40 teniendo la variación estándar más alta con 1,12 y un puntaje máximo obtenido de 6.

Tabla 4
Relación entre creencias nucleares y ansiedad

Factores	Ansiedad					
	Caso		Caso Dudoso		Normal	
	N	%	N	%	N	%
Abandonada/Privada						
Alto	59	62.1	72	35.6	31	14.1
Medio	24	25.3	68	33.7	75	34.1
Bajo	12	12.6	62	30.7	114	51.8
P	0.000*					
Odio hacia una misma						
Alto	42	44.2	84	41.6	55	25.0
Medio	31	32.6	64	31.7	61	27.7
Bajo	22	23.2	54	26.7	104	47.3
P	0.000*					
No asertiva/Inhibida						
Alto	40	42.1	68	33.7	47	21.4
Medio	34	35.8	76	37.6	78	35.5
Bajo	21	22.1	58	28.7	95	43.2
P	0.000*					
Altos estándares para sí misma						
Alto	28	29.5	56	27.7	72	32.7
Medio	29	30.5	64	40.6	76	34.5
Bajo	38	40.0	82	40.6	72	32.7
P	0.503					
Demanda y necesidad de ayuda y apoyo						
Alto	45	47.4	77	38.1	48	21.8
Medio	35	36.8	67	33.2	66	30.0
Bajo	15	15.8	58	28.7	106	48.2
P	0.000*					
Total	95	100.0	202	100.0	220	100.0

* $p < .001$

Se puede observar en la tabla 4 la correlación chi cuadrado entre las creencias nucleares y los síntomas ansiosos, notando que existe una correlación estadísticamente significativa entre cuatro creencias nucleares y los síntomas ansiosos. Esta tabla resume que a más presencia de pensamientos nucleares (específicamente: abandonada/privada, odio hacia una

misma, no asertiva/inhibida y demanda de necesidad de ayuda y apoyo) mayor será la presencia de síntomas ansiosos. Por otro lado la creencia nuclear referida a altos estándares para sí misma no tiene correlación estadísticamente significativa con los síntomas ansiosos.



Tabla 5
Relación entre creencias nucleares y depresión

Factores	Depresión					
	Caso		Caso Dudoso		Normal	
	N	%	N	%	N	%
Abandonada/Privada						
Alto	5	55.6	54	51.9	103	25.5
Medio	1	11.1	29	27.9	137	33.9
Bajo	3	33.3	21	20.2	164	40.6
P	0.000*					
Odio hacia una misma						
Alto	6	66.7	50	48.1	125	30.9
Medio	0	0.0	31	29.8	125	30.9
Bajo	3	33.3	23	22.1	154	38.1
P	0.001*					
No asertiva/Inhibida						
Alto	3	33.3	45	43.3	107	26.5
Medio	6	66.7	34	32.7	148	36.6
Bajo	0	0.0	25	24.0	149	36.9
P	0.001*					
Altos estándares para sí misma						
Alto	2	22.2	25	24.0	129	31.9
Medio	2	22.2	32	30.8	135	33.4
Bajo	5	55.6	47	45.2	140	34.7
P	0.223					
Demanda y necesidad de ayuda y apoyo						
Alto	7	77.8	45	43.3	118	29.2
Medio	0	0.0	34	32.7	134	33.2
Bajo	2	22.2	25	24.0	152	37.6
P	0.001*					
Total	9	100.0	104	100.0	404	100.0

* p < .001

En la tabla 5 se muestra la correlación chi cuadrado entre creencias nucleares y síntomas depresivos, concluyendo que existe una correlación estadísticamente significativa entre 4creencias nucleares y los síntomas depresivos. Volviendo a mencionar que a mayor nivel en creencias nucleares específicas, mayor será la presencia de síntomas depresivos. Al igual

que en la tabla 4, la creencia nuclear referida a altos estándares para si misma no tiene correlación con respecto a los síntomas depresivos, es decir que los síntomas depresivos serán menos frecuentes en mujeres que tengan altos estándares para si mismas.



Tabla 6

Creencias nucleares y síntomas de ansiedad y depresión.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ansiedad	-						
2. Depresión	,44**	-					
3. Odio hacia una misma	,25**	,28**	-				
4. No asertiva/inhibida	,27**	,19**	,33**	-			
5. Altos estándares para sí misma	-,08	-,27**	-,20**	,14*	-		
6. Demanda y necesidad de ayuda y apoyo	,34**	,20**	,65**	,50**	,05	-	
7. Abandonada/privada	,45**	,33**	,36**	,48**	-,05	,46**	-

* $p < 0,005$; ** $p < 0,001$

La Tabla 6 muestra la matriz de correlaciones entre las variables que estamos estudiando. Se puede observar que los síntomas ansiosos y los síntomas depresivos tienen una correlación positiva, fuerte y significativa ($r = ,44$, $p < ,001$). Del mismo modo los síntomas ansiosos tienen relaciones positivas y entre moderadas y fuertes con las variables: odio hacia una misma ($r = ,25$, $p < ,001$), no asertiva/inhibida ($r = ,27$, $p < ,001$), demanda y necesidad de ayuda y apoyo ($r = ,34$, $p < ,001$), abandonada/privada ($r = ,45$, $p < ,001$). Pero los síntomas ansiosos no se relacionan significativamente con los altos estándares para sí misma ($r = -,08$, $p = ,50$).

Los síntomas depresivos se relacionan positivamente y entre leve y fuertemente con las variables: odio hacia una misma ($r = ,27$, $p < ,001$), no asertiva/inhibida ($r = ,19$, $p < ,001$), demanda y necesidad de ayuda y apoyo ($r = ,20$, $p < ,001$), abandonada/privada ($r = ,45$, $p < ,001$). En cambio, los síntomas depresivos presentan una relación negativa y moderada con altos estándares para sí misma ($r = -,27$, $p < ,001$), a modo que a mayores estándares que una mujer tiene consigo misma, menores serán los síntomas depresivos.

Con respecto a las relaciones entre las distintas creencias nucleares de los trastornos alimenticios se puede observar que las relaciones más fuertes se encuentran entre demanda y necesidad de ayuda y apoyo con odio hacia una misma ($r = ,65, p < ,001$); seguida por la relación entre demanda y necesidad de ayuda y apoyo con no asertiva/inhibida ($r = ,50, p < ,001$). En cambio, los altos estándares para sí misma presentan relaciones leves con las otras subescalas. En ese sentido, se relacionan negativamente con odio hacia una misma ($r = -,20, p < ,001$); positiva y levemente con no asertiva/inhibida ($r = ,14, p < ,001$); y no presenta relaciones significativas con demanda y necesidad de ayuda y apoyo ($r = ,05, p = ,35$), ni con abandonada/privada ($r = -,05, p = ,46$).

En resumen, se puede decir que la sintomatología depresiva y ansiosa esta positivamente relacionada con la mayoría de las creencias nucleares de los trastornos alimenticios. A excepción de los altos estándares para sí misma, que están inversamente relacionados a la sintomatología depresiva y no presenta relación con la sintomatología ansiosa. La ausencia de relación indica que no es posible predecir los niveles de ansiedad de una persona a partir de los estándares que esta se impone a sí misma.

Tabla 7

Modelo de regresión para la predicción de la sintomatología ansiosa a partir de las creencias nucleares de los trastornos alimenticios.

	B	B	EE	T
Intercepto		5,38	0,69	7,84***
Odio hacia una misma	-,01	-0,04	0,19	-0,24
No asertivo/inhibido	,02	0,07	0,18	0,38
Altos estándares para sí misma	-,08	-0,27	0,15	-1,80
Demanda y necesidad de apoyo	,18	0,66	0,22	3,05**
Abandonada/privada	,37	1,11	0,14	7,83***

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

En la Tabla 7 se observa la regresión múltiple que se realizó para predecir los puntajes de la sintomatología ansiosa a partir de las creencias nucleares de los trastornos alimenticios. El modelo en conjunto predice un 18% de la variabilidad de la sintomatología ansiosa ($R^2 = ,18$, $F=30,95$, $p < ,001$), este valor de acuerdo a los criterios postulados por Cohen (1992) es adecuado para investigaciones en psicología. En otras palabras, si bien la sintomatología ansiosa de las estudiantes del Centro pre-universitario de la Universidad Católica de Santa María puede ser explicado por múltiples factores, las creencias nucleares explican un 18% de por qué muestran esta sintomatología.

El intercepto en este modelo indica que la sintomatología ansiosa promedio de una estudiante que tiene puntaje 0 en cada una de las subescalas de creencias nucleares de trastornos alimenticios, es igual a 5,38. El intercepto no puede ser estandarizado por lo cual este valor no se presenta en la tabla (Aiken & West, 1991). De acuerdo al modelo también se puede observar que la creencia de abandonada/privada es la que se encuentra más

fuertemente relacionada con la sintomatología ansiosa ($\beta = ,37$), y el coeficiente no estandarizado indica que por cada punto de aumento en esta escala la sintomatología ansiosa aumenta en 1,11 puntos. Por otro lado, las creencias de demanda y necesidad de apoyo predicen levemente la sintomatología ansiosa ($\beta = ,18$), y el coeficiente no estandarizado indica que por cada punto de aumento en esta escala la sintomatología ansiosa aumenta en 0,66 puntos. El resto de creencias nucleares no alcanzan a tener una predicción significativa sobre la sintomatología ansiosa, esto indica que si bien individualmente podrían mostrar correlaciones significativas una vez se controla el efecto de las otras creencias nucleares pierden capacidad predictiva. En definitiva, las creencias de demanda y necesidad de ayuda y apoyo, y abandonada/privada son el único tipo de creencia nuclear de los trastornos alimenticios capaz de predecir la sintomatología ansiosa en estudiantes del centro pre-universitario de la Universidad Católica de Santa María.

Tabla 8

Modelo de regresión para la predicción de la sintomatología depresiva a partir de las creencias nucleares de los trastornos alimenticios.

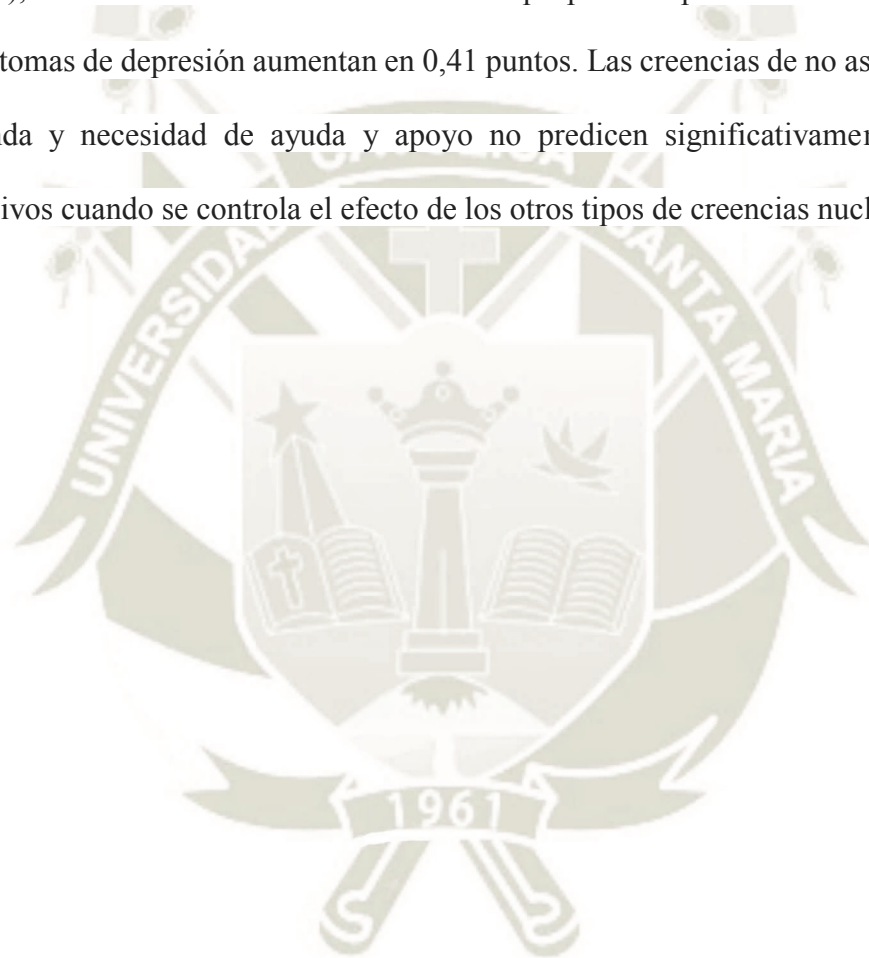
	β	B	EE	t
Intercepto		6,13	0,61	10,09***
Odio hacia una misma	,13	0,41	0,17	2,43*
No asertivo/inhibido	,07	0,25	0,16	1,51
Altos estándares para sí misma	-,24	-0,75	0,13	-5,70***
Demanda y necesidad de apoyo	-,02	-0,07	0,19	-,36
Abandonada/privada	,24	0,63	0,13	5,03***

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

En la Tabla 8 se observa la predicción de sintomatología depresiva a partir de las creencias nucleares de los trastornos alimenticios en un modelo de regresión múltiple. El modelo en conjunto predice un 14% de la variabilidad de la sintomatología depresiva ($R^2 = ,14$, $F=24,23$, $p < ,001$). Este porcentaje es menor al que se logró predecir en la sintomatología ansiosa, por tanto, las creencias nucleares de los trastornos alimenticios predicen mejor la sintomatología ansiosa que la depresiva en las estudiantes del centro pre-universitario de la Universidad Católica de Santa María.

El intercepto en este modelo indica que la sintomatología depresiva promedio de una estudiante que tiene puntaje 0 en todas las subescalas de creencias nucleares de trastornos alimenticios, es igual a 6,13. En este modelo es posible observar que son 3 los tipos de creencias nucleares los que se encuentran asociados a la sintomatología depresiva. Los altos estándares para sí misma predicen negativa y moderadamente ($\beta = -,24$) la sintomatología depresiva, el coeficiente no estandarizado indica que por cada punto de aumento en dicha

escala la sintomatología depresiva se reduce en 0,75 puntos. Por el contrario, las creencias de abandonada/privada se relacionan positiva y moderadamente con la sintomatología depresiva ($\beta =,24$), y el coeficiente no estandarizado indica que por cada punto de aumento en esta escala la sintomatología ansiosa aumenta en 0,63 puntos. Finalmente, las creencias de odio hacia una misma se relacionan positiva y levemente con la sintomatología depresiva ($\beta =,13$), el coeficiente no estandarizado indica que por cada punto de aumento en esta escala los síntomas de depresión aumentan en 0,41 puntos. Las creencias de no asertivo/inhibido y demanda y necesidad de ayuda y apoyo no predicen significativamente los síntomas depresivos cuando se controla el efecto de los otros tipos de creencias nucleares.



Discusión

Los resultados muestran que los pensamientos nucleares asociados a los trastornos alimenticios están correlacionados con los síntomas de ansiedad y depresión, excepto los pensamientos nucleares de altos estándares para sí misma en relación a la sintomatología ansiosa. En su conjunto las creencias nucleares en trastornos alimenticios predicen significativamente y en porcentajes adecuados a la sintomatología ansiosa y a la sintomatología depresiva, por lo que la hipótesis del estudio se confirma. Es decir que existe correlación positiva entre las creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios y los síntomas ansiosos y depresivos.

Cuando se observan las creencias nucleares individualmente, es posible notar que la sintomatología ansiosa está positivamente predicha demanda, necesidad de ayuda y apoyo además de las creencias de abandonada/privada (eso se concluye verificando la tabla Nro 7). Esto quiere decir que en la medida que una mujer siente una mayor necesidad de apoyo por parte de su entorno y además se siente privada de aspectos positivos en su propia vida tiende a desarrollar mayor sintomatología ansiosa. Resultados parecidos se pudieron observar en el estudio de Fairchild y Cooper (2010). Resulta interesante que los otros factores de las creencias nucleares no se encuentren asociadas a la sintomatología ansiosa cuando se controlan estadísticamente los efectos del resto de creencias. De acuerdo a Cooper (1997) y tal como se observó también en este estudio la demanda y necesidad de ayuda y apoyo está relacionada a la sensación de abandono y privación, debido a que ambas comparten un contenido de desesperanza con el ambiente. Esto podría explicar las relaciones observadas con la sintomatología ansiosa, dado que como menciona Barlow y Durand (2012) la ansiedad se caracteriza por el temor y anticipación de situaciones negativas futuras en el contexto de la persona.

Con respecto a la predicción de la sintomatología depresiva, se observó que tres creencias nucleares fueron capaces de predecirla significativamente. Específicamente se encontró que las creencias: odio hacia una misma y la sensación de abandono y privación se relacionaban positivamente con este tipo de sintomatología. Estos resultados también se encontraron en el estudio de Fairchild y Cooper (2010). Resulta lógico indicar que una persona que reporta tener pensamientos negativos y desaprobaciones a sus características personales comience a desarrollar anhedonia y ánimo deprimido, al igual que los pensamientos de abandono y de privación de aspectos positivos en su propia vida. El resultado que es llamativo, puesto que no fue hipotetizado es la relación negativa que tienen los altos estándares para sí misma y la sintomatología depresiva. Es posible que en el contexto de las estudiantes preuniversitarias que se encuentran en un proceso de selección para una carrera profesional los altos estándares para sí misma sean motivadores de estudio, y que por tanto sirvan como un factor protector contra los síntomas depresivos. En el estudio de Elmeid, Stickley, Libland, Schwab-Stone, Henrich y Ruchkin (2015) se encontró que la motivación académica está negativamente relacionada con la sintomatología depresiva, por lo cual los resultados del presente estudio se podrían ver influenciados por el contexto académico en el cuál se concentró la muestra.

Los pensamientos nucleares según Beck et al. (2010) están presentes en todos los desórdenes que tienen implicancias emocionales, como lo son la ansiedad, la depresión, los trastornos alimenticios, entre otros, es por esta posible razón que los pensamientos nucleares asociados a los trastornos alimenticios tengan esos niveles de correlación con los síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, según el contenido específico de los pensamientos nucleares, se desarrollará más la ansiedad, la depresión o algún otro trastorno emocional.

Según Behar (2011) no se puede confirmar que la presencia de los pensamientos negativos hacia uno mismo, generen trastornos alimenticios, sin embargo, los pensamientos nucleares son generales y se tendría que hacer un análisis del contenido específico de los pensamientos negativos hacia uno mismo. Como mencionan Dingemans, Spinhoven y van Furth (2006) las personas que presentan creencias nucleares asociadas al peso, alimentación y forma del cuerpo, también tendrán creencias nucleares con distinto contenido por lo que se podría decir que son esos pensamientos de distinto contenido los que general mayores niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que presentan trastornos alimenticios.

También en este estudio podemos mencionar que dentro de la comorbilidad de los distintos trastornos emocionales, el factor cognitivo juega un papel importante (Beck, 2000; Barlow y Durand, 2012), puesto que dependiendo del contenido de las cogniciones se producirán distintas reacciones emocionales y, por ende, se producirán distintos trastornos emocionales (DiGuiseppe, Doyle, Dryden y Backx, 2014).

Conclusiones

- Primera.** Cuatro tipos de pensamientos nucleares asociados a los trastornos alimenticios están positivamente correlacionados a la sintomatología ansiosa en las estudiantes mujeres del centro pre-universitario de la UCSM.
- Segunda.** Dos tipos de las creencias nucleares asociadas a los trastornos alimenticios predicen individual y positivamente a los síntomas ansiedad en las estudiantes mujeres del centro pre-universitario de la UCSM. Estas creencias nucleares fueron; demanda y necesidad de ayuda y apoyo, y abandonada/privada, dichas creencias predicen la aparición de síntomas ansiosos.
- Tercera.** Dos tipos de creencias nucleares asociados a los trastornos alimenticios predicen positivamente a los síntomas depresivos, odio hacia una misma y abandonada/privada. Mientras que un tipo de pensamiento nuclear asociado a los trastornos alimenticios predice negativamente a los síntomas, dicha creencia es, altos estándares para sí misma.

Sugerencias

- Primera.** Se sugiere mayor investigación sobre la comorbilidad de los trastornos emocionales más comunes en nuestro medio y la importancia del componente cognitivo.
- Segunda.** Se sugiere mayor interés en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimenticios, como su comorbilidad, en la actualidad.
- Tercera.** Se sugiere dar mayor importancia a la detección, diagnóstico y tratamiento de personas con trastornos alimenticios.
- Cuarta.** Se sugiere investigar en mayor profundidad la relación entre altos estándares para una misma, la motivación académica y la sintomatología depresiva.
- Sexta.** Se propone crear una línea de investigación acerca de los factores cognitivos en los distintos trastornos emocionales.
- Septima.** Se sugiere realizar un tamizaje sobre el estado emocional de los postulantes a la Universidad Católica de Santa María, con la finalidad preventiva y tener un mejor control de su salud emocional.

Limitaciones

- Primera.** Los estudios con muestras por conveniencia son limitados por no tener características probabilísticas y al tener una representatividad dudosa, la capacidad de generalización es pobre.
- Segunda.** No existen investigaciones en nuestro medio sobre los pensamientos nucleares y su relación con la psicopatología.
- Tercera.** Los estudios descriptivos y correlacionales se limitan a analizar un momento específico, por lo que no se pueden examinar otros posibles aspectos relacionados.
- Cuarta.** Las participantes en el estudio, al estar en un momento importante en su vida, como es el ingreso a la universidad, puede que tengan distintos tipos de pensamiento que no reflejen su patrón de pensamiento normal.

Referencias

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991) *Multiple regression: testing and interpreting interactions*. Sage: London.
- Agudelo, D. M., Casadiegos C. P. y Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1, 34-39.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*. España: Medica Panamericana.
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20, 177-187.
- Balcázar, P., Bonilla, M. P., Santamaría, J. E., Gurrola, G. M. y Trejo, L. (2007). Evaluación de la depresión en hombres y mujeres preuniversitarios. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40, 97-101.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2012). *Abnormal psychology: An integrative approach, sixth edition*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw B. F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión, decimonovena edición*. España: Desclée De Brouwer.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Procesos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Beck, A. T.; & Freeman, A. Associates, (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*.

- Beck, J. S. (2007) *El método Beck para adelgazar*. España: Gedisa.
- Behar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 113-124.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital and anxiety scale: An update literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Butcher, J. N., Mineka, S. y Hooley, J. M. (2007). *Psicología clínica*. Madrid: Pearson Educación.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cooper, M. J. (1997). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 25, 113-145.
- Cooper, M. J., Rose, K. S. y Turner, H. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 60-64.
- Cooper, M. J. y Turner, H. (2000). Brief report: Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 215-218.
- Cooper, M. J. y Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 895-898.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Wellss, A. (1998). Content, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 213-230.

- De las Cuevas, C., García-Estrada, A. y González de la Rivera, J. (1995). “Hospital anxiety and depression scale” y psicopatología afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11, 126-130.
- DiGuiseppe, R. A., Doyle, K. A., Dryden, W. y Backx, W. (2014). *A practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy, 3rd edition*. New York: Oxford University Press.
- Dingemans, A. E., Spinhoven, P. y van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviours*, 7, 258-265.
- Elmelid, A., Stickley, A., Lindblad, F., Schwab-Stone, M., Henrich, C. C., & Ruchkin, V. (2015). Depressive symptoms, anxiety and academic motivation in youth: Do schools and families make a difference? *Journal of Adolescence*, 45, 174–182. doi:10.1016/j.adolescence.2015.08.003
- Fairchild, H. y Cooper, M. J. (2010). A multidimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: Preliminary development and validation. *Eating Behaviors*, 11, 239-246.
- Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. P. y Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38, 344-351.
- Jiménez, B. E. y Silvia, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26, 11-17.
- Martínez, P., Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M., Murgi, S. e Ibáñez, E. (2012). Structural

validity and distress screening potential of the hospital anxiety and depression scale in cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 435-447.

Montenegro, E., Blanco, T., Almengor, P. y Pereira, C. (2009). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Revista Electrónica de Estudiantes de la Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica*, 4, 31-40.

O'Cooner, M., Simmons, T. y Cooper, M. J. (2003). Assumptions and beliefs, dieting, and predictors of eating disorder-related symptoms in young women and young men. *Eating Behaviors*, 4, 1-6.

Rawal, A., Park, R. J. y Williams, J. M. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 851-859.

Rico, J. L., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86.

Salkind, N. (1999). *Métodos de investigación*, 3^o edición. México: Prentice Hall.

Sararon, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*, undécima edición. México: Pearson Educación.

Schwitzer, A. M., Rodriguez, L. E., Thomas C., y Salimi, L. (2001). The eating disorders NOS diagnostic profile among college women. *Journal of American Collage Health*.

Snaith, R. P. y Taylor, C. M. (1985). Rating scales for depression and anxiety: A current

perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 19, 17-20.

Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24, 384-389.

Sue, D., Sue, D.W. y Sue, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal*. México, DF: Cengage Learning.

Turner, H., Rose, K. S. y Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29, 381-387.

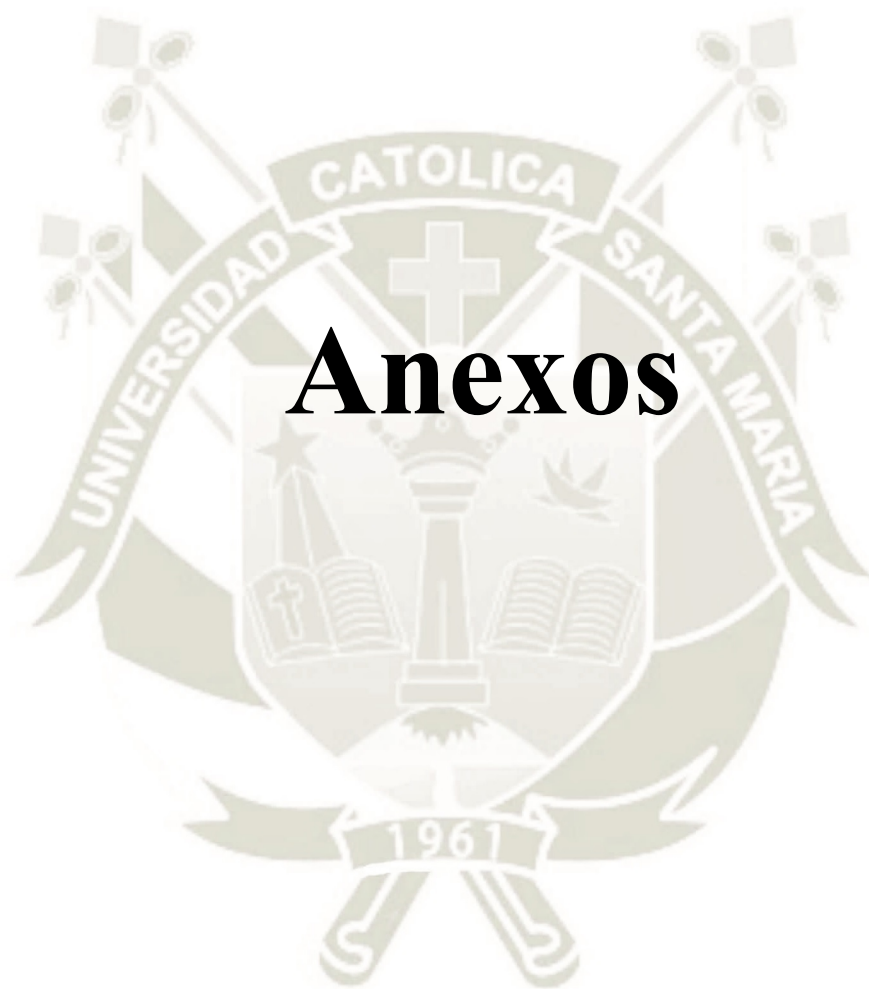
Vander, J. S. (2011). Unhealthy weight control behaviors among adolescents. *Journal of Health Psychology* 17(5): 110_120.

Vega, V. C., Piccini, M., Barrionuevo, J. A. y Tocci, R. F. (2008). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones*, 16, 103-114.

Wade, T. D. (2007). A retrospective comparison of purging type disorders: Eating disorder not otherwise specified and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*.

Woolrich, R. A., Cooper, M. J. y Turner H. (2006). A preliminary study of negative self-beliefs in anorexia nervosa: A detailed exploration of their content, origins and functional link to “not eating enough” and other characteristic behaviors. *Cognitive Therapy Research*, 30, 735-748.

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.



Anexos

Tablas de regresión

En el apartado, criterios para el procesamiento de la información, se mencionó que con fines exploratorios se decidió utilizar la regresión múltiple, ésta es una técnica estadística utilizada para determinar cuál es el porcentaje de variación que dos variables comparten controlando el efecto de otras variables (Aiken & West, 1991) .Dichas tablas se presentan de acuerdo a las exigencias para reportar datos estadísticos del manual de la APA 6ta edición. Donde el control estadístico es especialmente útil cuando los fenómenos, como en psicología, son multicausales. Por tanto, como en la presente investigación las creencias nucleares de trastornos alimentarios, por su propia naturaleza, están relacionados, es necesario utilizar esta técnica a modo de conocer cuál es la creencia que tiene un efecto más fuerte y único sobre los síntomas depresivos y ansiosos. En consecuencia, las variables predictoras fueron las creencias nucleares de trastornos alimenticios y las variables predichas fueron los síntomas depresivos y síntomas ansiosos. En ese sentido, los parámetros a leerse en la regresión múltiple son los siguientes:

Coefficiente de regresión no estandarizado: Este parámetro indica cuanto cambia la variable predicha por cada punto de aumento de la variable predictora. Es decir, si el coeficiente es igual a 5 significa que por cada punto de aumento en la variable predictora la variable predicha aumenta 5 puntos. De acuerdo a la normativa APA se representa con la letra B en las tablas.

Coefficiente de regresión estandarizado: Este parámetro indica la magnitud de la relación entre la variable predictora y la predicha. Las magnitudes se leen al igual que las correlaciones de Pearson y bajo las recomendaciones de Cohen (1992) para psicología donde relaciones de ,10 hasta ,20 son consideradas leves; relaciones de ,21 hasta ,30 son consideradas moderadas; y, relaciones de ,31 en adelante son consideradas relaciones

fuertes. Cuando este valor es elevado al cuadrado se puede conocer cuál es el porcentaje de la variación total de la variable predicha por parte de la variable predictora en cuestión. De acuerdo a la normativa APA se representa con la letra griega beta (β) en las tablas.

R^2 : Este es un valor que indica el porcentaje total de la variación de la variable predicha que es explicada por las variables predictoras en su conjunto. De acuerdo a Cohen (1992) en las ciencias sociales y especialmente en psicología es esperable encontrar R^2 cuadrados alrededor de ,20 por la complejidad de los fenómenos que se estudian.

Significancia: Para la regresión múltiple existen dos pruebas estadísticas que evalúan la significancia de cada uno de los parámetros. La significancia de los coeficientes de regresión es evaluada en base a una distribución probabilística T de Student, el valor T de los coeficientes de regresión se estima dividiendo el valor del coeficiente entre su error estándar (EE). Mientras que la significancia del R^2 es evaluada en base a la distribución probabilística de F de Fisher. La significancia en estos casos indica que el valor en cuestión es estadísticamente distinto de 0. Por tanto, por más pequeño que sea un parámetro si es significativo indica que la variable predicha es de algún modo explicada por las variables predictoras.

CUESTIONARIO 1: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION

EDAD: _____ **FECHA:** _____

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la(s) semana(s) pasada(s). No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso.

Todos los días Muchas veces A veces Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

Como siempre No lo bastante Sólo un poco Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

Definitivamente y es muy fuerte Sí, pero no es muy fuerte Un poco, pero no me preocupa Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

Al igual que siempre lo hice No tanto ahora Casi nunca Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

La mayoría de las veces Con bastante frecuencia A veces, aunque no muy a menudo Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre.

Nunca No muy a menudo A veces Casi siempre

7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.

Siempre Por lo general No muy a menudo Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento.

Por lo general, en todo momento Muy a menudo A veces Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

El Nunca En ciertas ocasiones Con bastante frecuencia Muy a menudo

10. He perdido interés en mi aspecto personal.

Totalmente No me preocupo tanto como debiera Podría tener un poco más de cuidado Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

Mucho Bastante No mucho Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro.

Igual que siempre Menos de lo que acostumbraba Mucho menos de lo que acostumbraba Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

Muy frecuentemente Bastante a menudo No muy a menudo Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

A menudo A veces No muy a menudo Rara vez

CUESTIONARIO 2: CUESTIONARIO DE CREENCIAS NUCLEARES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones: A continuación se enumeran una serie de palabras diferentes. Las personas a veces piensan que estas palabras describen cómo se sienten acerca de sí mismos como persona. Por favor, lea cada palabra con cuidado y decida cuánto siente que cada palabra describe cómo se siente acerca de su propio ser. Base su respuesta en lo que usted cree o siente emocionalmente que es verdad, no en lo que racionalmente cree que es verdad. Elija el que mejor describa lo que se suele creer / sentir o lo que usted cree / siente la mayor parte del tiempo, en lugar de como se siente en este momento. Si no está seguro del significado de una palabra puede pasarla por alto. Trabaje lo más rápido que pueda. No gastar demasiado tiempo en cada palabra - su primera impresión es la más importante. Ponga una cruz o marcar en la casilla que mejor describe su respuesta.

- 0: Siento que es muy falso 1: Siento que es moderadamente falso 2: Siento que es un poco falso**
3: Siento que no es ni falso ni verdadero 4: Siento que es un poco verdadero
5: Siento que es moderadamente verdadero 6: Siento que es muy verdadero

		0	1	2	3	4	5	6			0	1	2	3	4	5	6	
1	Abandonada								21	Necesitada								
2	Traicionada								22	Cuidadosa								
3	Quejumbrosa								23	Perfeccionista								
4	Responsable								24	Perseverante								
5	Exigente								25	Venosa								
6	Reservada								26	Posesiva								
7	Deshonrosa								27	Depravada								
8	Malévola								28	Repugnante								
9	Inmunda								29	Repulsiva								
10	Centrada								30	Reservada								
11	Orientada a mi objetivo								31	Autodisciplinada								
12	Malhumorada								32	Egoísta								
13	Inmadura								33	Sumisa								
14	Inhibida								34	Superficial								
15	Inhumana								35	Suspicious								
16	Manipuladora								36	Pasiva								
17	Dócil								37	Seca								
18	Meticulosa								38	Sin emociones								
19	Incomprendida								39	Irreflexiva								
20	Mala								40	Vil								

¡Gracias por tu participación!