

**CREENCIAS IRRACIONALES PRESENTADAS POR PERSONAS CON  
SÍNTOMAS ANORÉXICOS EN EDADES ENTRE LOS 15 A 25 AÑOS, EN EL  
CENTRO DEPORTIVO Y DE ESTÉTICA BODY TECH EN LA CIUDAD DE  
BARRANQUILLA**

**ERIKA CAVAS PALMA  
GISELLA SALAS ARIAS  
MARIA SALAS CABELLOS**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
BARRANQUILLA**

**2006**





4031068

5 9 0

**CREENCIAS IRRACIONALES PRESENTADAS POR PERSONAS CON  
SÍNTOMAS ANORÉXICOS EN EDADES ENTRE LOS 15 A 25 AÑOS, DEL  
CENTRO DEPORTIVO Y DE ESTÉTICA BODY TECH EN CIUDAD DE  
BARRANQUILLA.**

**ERIKA CAVAS PALMA  
GISELLA SALAS ARIAS  
MARIA SALAS CABELLOS**

**LÍNEA: PSICOLOGÍA EDUCATIVA  
EJE: DESARROLLO HUMANO**

**Tutora: TALIA VERGARA**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
BARRANQUILLA**

**2006**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
BIBLIOTECA  
BARCELONA

No INVENTAR 4031068

PRECIO \_\_\_\_\_

FECHA 01-14-2008

CANJE \_\_\_\_\_ RACION \_\_\_\_\_

**CREENCIAS IRRACIONALES PRESENTADAS POR PERSONAS CON  
SÍNTOMAS ANORÉXICOS EN EDADES ENTRE LOS 15 A 25 AÑOS, DEL  
CENTRO DEPORTIVO Y DE ESTÉTICA BODY TECH EN CIUDAD DE  
BARRANQUILLA.**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

**PRESIDENTE DEL JURADO**

---

**JURADO**

---

**JURADO**

**Barranquilla, Agosto de 2005.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Ante todo a Dios nuestro creador y quien nos provee los medios, recursos y fuerzas para llevar a cabo esta ardua labor.

A nuestros padres quienes durante todo este tiempo confiaron en nosotras y respaldaron nuestro sueño.

A la universidad por la enseñanza prestada y los servicios que nos ofrecieron durante todo el proceso de aprendizaje.

Al centro deportivo por permitirnos presentar el proyecto y llevarlo a cavo.

A la, tutora Talia Vergara por su constante apoyo y cada uno de sus conocimientos transmitidos.

## DEDICATORIA

A mis padres por su amor y apoyo.

A mi esposo por ser incondicional conmigo y por amarme tanto.

Erika

A mis padres quienes me apoyaron y enseñaron a luchar por mis sueños.

Gisela

A Dios el señor y dueño de mi vida por darme fuerzas y los recursos para terminar mi carrera, a cada una de las personas que me apoyaron y ayudaron durante todo este proceso.

A mi amiga Carmen González por su apoyo, su amistad y su confianza que me brindo en esta etapa de mí vida.

Maria

## CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	10
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	14
<b>4. OBJETIVO</b> .....	17
4.1 OBJETIVO GENERAL .....	17
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>5. MARCO TEÓRICO</b> .....	19
5.1 ANOREXIA.....	19
5.1.1 Generalidades históricas y definición de la anorexia.....	19
5.1.2 Características clínicas de la Anorexia.....	23
5.1.3 Epidemiología de la Anorexia Nerviosa .....	26
5.1.4 Factores etiológicos.....	28
5.1.4.1 Factores socioculturales, y económicos .....	28
5.1.4.3 Factores precipitantes.....	30
5.3 TEORÍA DE ALBERT ELLIS .....	31
5.3.1. Teoría de la RET: .....	31
5.3.1.1 Principios de la RET: .....	35
5.3.1.2 Desarrollo de la Teoría de los ABC del Pensamiento:.....	36
5.3.1.3 Factores que facilitan la aparición de Creencias Irracionales: .....	37
5.3.1.4 Descripción de Creencias Irracionales: .....	38
5.4 TEORÍA DE AARON BECK.....	43
5.4.1 Distorsiones Cognitivas: .....	43
<b>6. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE</b> .....	46
6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL: .....	46
6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL:.....	47
<b>7. METODOLOGÍA</b> .....	49
7.1 Paradigma:.....	49
7.2 Diseño: .....	49
7.3 Muestra:.....	49
7.4 Técnicas o Instrumento: .....	50
7.4.1 Creencias Irracionales: .....	50
7.4.1 Entrevista semiestructurada: .....	51
7.5 Procedimiento: .....	51
<b>8. RECURSOS</b> .....	53
8.1 RECURSOS HUMANOS .....	53
8.2 RECURSOS MATERIALES E INSTITUCIONALES .....	53
8.3 RECURSOS FINANCIEROS.....	53
<b>8. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS</b> .....	54
8.1 Análisis socioeconómico.....	54
8.2 Análisis descriptivo de las creencias irracionales .....	55
<b>9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN</b> .....	58
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	61

## **1. INTRODUCCIÓN**

La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio que frecuentemente es padecido por las mujeres, esta enfermedad se debe a causas nerviosas o psicológicas, por lo tanto la persona que la padece argumenta su enfermedad con una serie de creencias irracionales las cuales son conocidas como un conjunto de ideas irrefutables, ilógicas, irreales, desadaptativas las cuales involucran cambios negativos en tres áreas que se relacionan entre sí tales como: Pensamientos, sentimientos y comportamientos que causan disfunción en diferentes áreas de la vida del individuo como laboral, académica, social, entre otras. (La Revista: Cambio de Vida. Publicación de Abrenuncio S.A. Santa fe de Bogota. 2005)

Esta investigación esta ubicada bajo el paradigma Empírico Analítico porque se establecerá una relación de ínter subjetividad en la que se tienen presentes los valores del sujeto estudiado, se describirán y observarán las creencias irracionales que presentan las personas con síntomas anoréxicos, estudiaremos un problema que durante décadas a afectado al sexo femenino, que a su vez, en el afán de encontrarse a la vanguardia de la moda, buscando obtener una apariencia cada vez mejor, recurren en forma vertiginosa a recursivas e "innovadoras" dietas, descuidando, en muchas ocasiones, por ignorancia, hábitos alimenticios óptimos y básicos para el organismo, causando un desequilibrio nutricional; es en esta parte donde nos detenemos para ahondar en un termino aunque muy en boga en los últimos tiempos, a afectado a la población desde su historia.

Esta centrada en un diseño Descriptivo de corte cuantitativo, para llevar a cabo una descripción del conjunto de creencias que sostienen las personas con síntomas anoréxicos que asisten al Centro deportivo y de estética Body Tech en la ciudad de Barranquilla.

Abordar el tema de la inapetencia implica indagar entre estudios anteriormente realizados para llegar a comprender el contexto de tan complejo contenido, acudimos al enfoque Cognitivo conductual bajo la teoría del autor Albert Ellis, que por medio de su terapia racional emotiva (RET) se puede percibir las perturbaciones emocionales creadas por las interpretaciones de las situaciones y creencias irracionales que el individuo ha desarrollado sobre sí mismo, su vida y entorno.

Es importante aclarar que las personas que padecen esta enfermedad en muchas oportunidades son influenciadas por esnobismos, modelos a seguir gracias a la tendencia de los formatos creados por la moda y el afán de anhelar entrar en un mundo donde la apariencia es un dogma que le hace ser y sentirse mejor ante su familia, amigos y sociedad.

## **2. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA**

Actualmente, conocemos de múltiples casos de personas que están presentando síntomas anoréxicos y desde luego ellos empiezan a desarrollar un trastorno alimentario conocido como: Anorexia Nerviosa, el cual se presenta con diferentes cambios físicos asociados al trastorno, pero también con cambios a nivel cognitivo conocidos como las Creencias Irracionales que ellos manifiestan ligadas al desarrollo progresivo de la enfermedad.

Por lo cual, consideramos que la presente problemática se encuentra tomando mucho auge no solo a nivel de nuestra localidad, sino mundial, es decir, según el estudio realizado en 1.998 por un grupo de investigadores de la ciudad de Argentina se concluyo que el 90% de las personas que padecen o han padecido de anorexia son mujeres, mientras que el 10% restante son varones. La edad suele estar comprendida entre los 13 y 24 años, aunque hoy día existen casos descritos desde los 7 hasta los 25 años. La anorexia nerviosa puede ser mortal y su tratamiento es indispensable, ya que la mayoría de pacientes que la padecen no la reconocen como enfermedad, asiéndose sumamente necesario el reconocimiento por parte de sus familiares y amigos.

De acuerdo a Tellez (1992), los síntomas y signos más característicos de la anorexia son:

- Gran pérdida de peso,
- Ausencia del periodo menstrual (amenorrea),
- Preocupación excesiva por estar gorda,
- Imagen distorsionada de si misma,
- Posible abuso de laxantes.
- Aumento de la actividad física (quemar calorías)



- Cambio de carácter,
- Irritabilidad,
- Depresión,
- Falta de nutrición (anemia),
- Deshidratación.

La restricción de los alimentos se convierte en un arma mortal para la vida de cualquier ser humano, ante todo porque el conjunto de síntomas presentes en estas personas la llevan a un deterioro progresivo de su estado de salud de forma tal que pierde sus calorías, energías y su inmunidad frente a las enfermedades que su cuerpo en estado normal esta dispuesto a defender cuando ellas se presentan.

El trastorno se viene desarrollando a nivel mundial y se atribuye que en la ultima década la enfermedad ha subido un nivel tres veces más que la década anterior ya que, en la mayoría de las culturas de hoy se le ha incrementado mucho valor al atractivo tanto físico como sexual lo cual refuerzan las creencias que mantienen las personas que padecen la enfermedad.

El ultimo estudio realizado en Colombia sobre anorexia, fue elaborado por el programa Salud Mental de las Mujeres de la Facultad de Medicina en la Universidad de Antioquia. La investigación: "Anorexia y Bulimia: cuando la vida pierde peso "se realizó entre 972 alumnas de cinco colegios de Medellín y encontró que el 77% de las adolescentes les aterre la idea de ganar peso, el 41% comen desafortadamente y un 33% experimenta culpabilidad después de comer. Un 8% ha recurrido alguna vez al vomito después de alimentarse.

Igualmente se realizo el estudio con 225 jóvenes y el 74% padecían anorexia esta es mas frecuente que la bulimia, y se presenta frecuentemente entre los 13 y 24 años y los síntomas tienden a desaparecer alrededor de los 40 años de edad. En países como Londres, Suiza y Alemania la anorexia es muy

coman puede deberse a una reacción en contra de la sociedad por la presión ejercida para mantener una figura esbelta, la causa no siempre es una obsesión por la figura esbelta; se puede presumir que existe algunos síntomas que están generando problemas psicológicos en los pacientes que se pueden reflejar a través de: falta de aceptación, inseguridad, malas relaciones interpersonales, entre otras.

Como mencionamos anteriormente estas personas no solo presentan cambios físicos, sino también de un conjunto muy amplio de respuestas cognitivas caracterizadas por el señor Alber Ellis "Creencias Irracionales", las cuales se vuelven patológicas e inherentes con el desarrollo de la enfermedad; estas se conocen como un conjunto muy amplio de ideas y/o creencias que involucran tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas, los cuales están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en e otro. Por lo tanto, la persona que la padece cambia el modo de pensar de las cosas, el mundo o en este caso de sí mismos, sentirán de modo diferente y se comportaran de manera diferente en este caso irracionalmente (sin razones que justifiquen aquello, que piensa, siente y hace).

Por lo cual, la creencias irracionales manifiestas por las personas anoréxicas desencadenan una serie de conductas mal adaptativas, donde le generan pensamientos disfuncionales lo cual es la principal causa del malestar emocional, dando como resultado un conjunto de psicopatologías como producto de su pensamiento irracional, generalmente este tipo de personas asume que cada día que pasa engorda mas, piensa que las personas que le rodean le critican por su excesivo peso, que todo tipo de alimento le aumenta su peso y por mucho ejercicio que realice o por sus múltiples dietas su masa corporal vive de aumento en aumento. Según Alber Ellis, cuando la persona insiste en mantener estas creencias irracionales malinterpreta constantemente la realidad y esta mala interpretación refuerza sus inadecuadas creencias, desarrollando emociones negativas las cuales el autor las define como aquellas

que hacen que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren e impiden resolver el problema o la causa que le está generando tal malestar.

La Terapia Racional Emotiva (TRE) ayuda a que las personas puedan sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas de modo que ante una situación conflictiva como la conducta anoréxica en vez de sentir una ansiedad paralizante, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema. Por lo tanto la preocupación acerca del peso y la imagen corporal se convierten en la plataforma para que las personas manifiesten y mantengan un conjunto de creencias inadecuadas, que le generan malestar físico, emocional y cognitivo y por ello hemos formulado la pregunta problema:

¿Cuáles son las creencias irracionales manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre 15 a 25 años, en el Centro de Deportivo y de Estética Body Tech en la ciudad de Barranquilla?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimenticio, que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Durante el desarrollo de la enfermedad se ven manifiestas diferentes creencias irracionales como resultado de los patrones mentales inadecuados e inadaptados que las personas que la padecen se ha dedicado a asumir y a mantener a la luz de su propia auto-percepción y reforzado tanto por factores internos como externos, entre ellos: los modelos implantados por los padres, la publicidad, la influencia socio-cultural y desde luego como producto de un problema psicológico que se encuentra viviendo la persona.

A través de diferentes estudios como el realizado por Rosen y Ramírez en 1998 en Fairburn se encontró que el 40% de las niñas entre la edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso generalmente por recomendación de las madres; aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de dicha conducta, según Ellis esta conducta es inapropiada ya que los pensamientos y sentimientos generan en el paciente no solo cambios físicos (anorexia) sino cambios cognitivos, los cuales generan una respuesta emocionalmente negativa ya que refuerzan diferentes conductas y estados de ánimo tales como: necesidad de aprobación, necesidad excesiva de afecto, incompetencia, intolerancia, insatisfacción permanente, inestabilidad emocional, bajo tolerancia a la frustración, terrorismo, tristeza, dolor, sentimientos de culpa, atención distráctil, apatía; es decir, las personas cuando sienten y actúan, tienen a la vez determinados pensamientos sobre sus sentimientos y conductas, de tal manera que constantemente se sienten perturbados.

El estudio de las creencias irracionales ha abarcado una amplia muestra de personas alrededor de la teoría que poseemos como modelo (RET), hoy día existe una gran variedad de casos clínicos con la patología en desarrollo, pero en nuestro contexto local el estudio de las creencias irracionales no se ha enfatizado en la profundidad del desarrollo cognitivo que se presenta en personas. Por lo tanto este estudio busca una aproximación clínica en la identificación de las creencias irracionales que manifiestan las personas anoréxicas, lo cual a través de la presente investigación podríamos aportar datos muy pertinentes para la comunidad ya que esta se podría concientizar de la necesidad de conocer causas síntomas y consecuencias de repetir conductas promovidas por los diferentes estándares del físico ideal, de la delgadez como sinónimo de éxito social o del mensaje de doble vínculo que una persona presenta como muestra de una insatisfacción por cualquier circunstancia o evento el cual este afectando a la persona y los que están a su alrededor no se han percatado de ello (divorcio, carencia de afecto, maltrato intrafamiliar, etc.).

También por medio de la presente investigación deseamos dejar a la universidad un material importante que en el futuro sirva como material de consulta tanto para estudiantes y docentes que deseen profundizar sus conocimientos en este tema lo cual ayudaría a tener una nueva perspectiva acerca de la atención e intervención en pacientes anoréxicos debido a la complejidad en implicaciones de índole físico, psicológico que hacen parte de la vida presente del individuo y de sus familiares lo cual nos ayudaría a ofrecer un tratamiento mucho menos invasivo como se ha desarrollado hasta el momento sino con la participación activa del clínico, paciente y familia.

Como futuros psicólogos dejaríamos una muestra de los conocimientos adquiridos a través del grupo de profesionales implantados por la universidad, lo cual daría una luz del grupo de profesionales capacitados para apoyar y

desarrollar este tipo de investigaciones dando así la oportunidad de que la institución promueva los diferentes tipos de investigación que ayudarían al desarrollo integral del futuro profesional y pueda así participar en los diferentes avances que se vienen desarrollando en los campos de la psicología y a esta se le de mucho mas la credibilidad de ser una ciencia.

Al Centro Deportivo y de Estética Body Tech se le ofrecería una valiosa información que serviría para que los profesionales que ofrecen sus servicios y puedan entender la complejidad cognitiva implantada por las personas que desarrollan dichos síntomas, para que puedan ofrecer un servicio integral, ya que no solo mejoraran su estado físico también psicológico y de esta manera, puedan disminuir paulatinamente este tipo de creencias para así identificar los desniveles que abarcan los comportamientos inapropiados que desencadenan una conducta irregular, manifestadas por estas.

La Psicología como ciencia tendría la posibilidad de enfocar una amplia gama de factores que desencadenan creencias irracionales; es decir, el factor causal determinante y poder trabajar no solo en el tratamiento de dichos pacientes con el trastorno sino en la prevención oportuna en la vida de las personas, esto ayudaría a la disminución de los cuadros clínicos con esta patología y a la percatación oportuna de los principales síntomas que se empiezan a ver cuando una persona será vulnerable al desarrollo del trastorno.

#### **4. OBJETIVO**

##### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las creencias irracionales manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la ciudad de Barranquilla.

##### **4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Describir las creencias irracionales referentes a la Necesidad de Aprobación, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes a la Autoexigencia, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes a Culpar a otros, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes a Reacción a la frustración, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes a Irresponsabilidad Emocional, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes a la Ansiedad por preocupación, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes a la Dependencia, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes a Influencia del pasado, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

Describir las creencias irracionales referentes al perfeccionismo, manifiestas por personas con síntomas anoréxicos en edades entre los 15 a 25 años, en el Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la Ciudad de Barranquilla.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1 ANOREXIA**

#### **5.1.1 Generalidades históricas y definición de la anorexia**

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar.

Los trastornos alimenticios se caracterizan por la aparición de patrones alimentarios anómalos. En pacientes con estos trastornos se observan conductas alteradas que van encaminadas a controlar su peso y su cuerpo. Las personas que padecen de anorexia dedican parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que éste relacionado con ello. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético, también sobreviven la irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea o la impotencia en varones (*Tannan, 1995*).

La anorexia es un complejísimo cuadro con una serie de factores que interactúan entre sí condicionándose y potenciándose mutuamente. Las personas anoréxicas experimentan modificaciones en todas las áreas de su conducta. Los cambios se generan en el pensamiento, afectan a emociones y sentimientos, se concretan en sus comportamientos, estigmatizan su cuerpo y repercuten en su relación con el mundo.

El inicio del cuadro siempre consiste en la aparición y reiteración de una

serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y su valoración estética. Son frecuentes pensamientos del tipo "Estoy demasiado gorda", "Para gustar debo de estar delgada", "Si no adelgazo seré una desgraciada toda mi vida".

La anorexia nerviosa era un trastorno conocido en épocas antiguas. A si se describe en la edad media en la vida de algunas santas como Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayuno y rezo a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquéllas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. En 1694 se describió la "consunción nerviosa" considerándose esta la primera descripción clínica de dicho trastorno. Pero fue Gull quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford. En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad, calificándola de inanición histérica y considerándola al igual que Gull una enfermedad psicógena.

A finales del siglo XIX en el año 1893 se describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde se describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principio del siglo XX la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 un patólogo Alemán describe una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reino la confusión entre insuficiencia pituitaria y anorexia nerviosa.

A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno.



Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento.

El incremento por estas patologías, subió de 77 pacientes adolescentes en el año de 1984, a 10 pacientes por semana en hospitales de nuestro continente. A finales del Siglo pasado se reconoce el peso que ejercían las presiones sociales y culturales sobre la psiquis,

Permitiendo la comprensión y el tratamiento de la histeria. Se trata de enfermedades de la "comunicación", del mirar y ser mirada, en una cultura audiovisual donde los medios (especialmente la TV) presionan constantemente con imágenes de cuerpos hiperdelgados, la meta "única" para muchas mujeres es tener el cuerpo de las modelos, los cuales son una minoría dentro de la población mundial.

En Occidente los factores de influencia se vuelven cada vez más persistentes con respecto a la delgadez: la creciente disponibilidad de alimentos (a partir de la Segunda Guerra Mundial) y el advenimiento de los antibióticos, que permitió el control eficaz de las enfermedades infecciosas, especialmente la tuberculosis. Ambos hechos han provocado un aumento del peso promedio de las poblaciones económicamente sanas.

Paradójicamente, en el mundo occidental, el ideal de belleza femenino a partir de los años '60 se modifica radicalmente: comienza el imperio de la delgadez, que con algunas variaciones (como el cuerpo delgado pero firme y musculoso de los '80) continúa actualmente.

Mientras algunas tribus nigerianas, conservando la relación simbólica entre gordura y fertilidad, instalan a las púberes en "chozas de engorde" hasta adquirir un peso excesivo que las haga atractivas a los jóvenes varones, el mundo occidental "se puso a dieta".

Un estudio comparativo realizado por Nasser muestra que las estudiantes universitarias en El Cairo que no presentan patología alimenticia, al trasladarse a universidades londinenses, tienen un 12% de incidencia en Bulimia Nerviosa. Los cambios de los últimos 30 años en el aumento de la frecuencia de presentación de los Trastornos de Alimentación, se relacionan con la conducta de dieta que se ha popularizado. Para combatir la influencia perniciosa de libros, revistas, industria de la moda, cine y TV a comienzos de 1995 en Inglaterra se implantó una disposición que prohíbe cualquier tipo de propaganda que pueda influenciar a personas a realizar dietas de adelgazamiento.

Ya en 1969, un estudio estadístico realizado por Dwyer, informó que el 80% de las mujeres (frente sólo al 20% de varones) del último año del colegio secundario deseaban bajar de peso. Un estudio sueco posterior agregó más datos: la insatisfacción con el peso se incrementaba con la edad: si a los 14 años el 50% de las jóvenes se sentía gorda, a los 18 la cifra subía al 70%. Un periodista ilustró en un trabajo la insatisfacción de la mujer con su cuerpo: al recolectar datos de la revista "Playboy" y de las concursantes de Miss América, comprobó que son cada vez más delgadas y con medida de busto, cintura y cadera, cada vez más pequeñas.

La propaganda ha impulsado a la mujer a desear y buscar un cuerpo imposible, agregando una nueva presión al reciente cambio en rol social femenino; que le exige, además del rol maternal y doméstico una actividad laboral y profesional a la par del varón. No parece quedar dudas de que ciertos factores socioculturales, específicos disparan los Trastornos de la Alimentación. Esta realidad nos permite afirmar que lo proveniente de la sociedad y la cultura con características patógenas, debe inevitablemente apoyarse en factores psicológicos, familiares, biológicos y, aún, genéticos para poder constituirse en factor precipitante.

### 5.1.2 Características clínicas de la Anorexia

Dentro de las características clínicas de la Anorexia se encuentra diferentes síntomas que van desde la idea sobrevalorada de la imagen corporal, que puede tomar proporciones delirantes. Los pacientes ven algunas partes de su cuerpo muy gruesas, incluso a pesar de la pérdida de peso, por lo cual deben continuar sin comer. Generalmente manifiestan fuertes sentimientos de asco y desagrado ante su propio cuerpo. No reconocen adecuadamente, los signos de hambre y saciedad. Se sienten hinchados, tienen Náuseas, después de haber comido poquísimo. A pesar de su gran inanición, no se sienten cansados ni fatigados.

El estado de ánimo de los anoréxicos, es bastante variable. Son comunes, los sentimientos de desamparo, la depresión y la labilidad emocional. Pierden todo interés en el sexo y evitan los contactos con personas del sexo opuesto. En el caso de actividad sexual no disfrutan de ella.

*Cambios cognitivos:* distorsiones cognitivas sobre el peso y la ingesta, alteración de la imagen corporal (sigue encontrándose gorda a pesar de haber perdido peso)

*Cambios conductuales:* dieta restrictiva auto impuesta, frecuente provocación de vómitos, uso abusivo de laxantes (estas conductas son más frecuentes si la anorexia cursa con episodios de bulimia); elevado interés por la gastronomía, hiperactividad, relaciones familiares gravemente alteradas, importante retraimiento social.

*Cambios biológicos:* alteración del sistema hipotalámico y endocrino que tiene como consecuencia la aparición de la amenorrea. Desaparecen las curvas típicas femeninas, piel seca, pérdida de pelo, bradicardia, hipotensión, baja temperatura, deshidratación.

➤ Diagnóstico y evaluación de la anorexia nerviosa:

Criterios Diagnósticos del DSM-IV de la anorexia nerviosa:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal inferior del 85% del peso esperado

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración en la percepción del peso, o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal

D. En las mujeres pospuberales, presencia amenorrea, por ejemplo, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos.)

Además de estos criterios vale todo lo dicho sobre el diagnóstico para la bulimia, pero utilizando auto informes específicos para la anorexia como puede ser la *Escala de Actitud Anoréxica (GAAS) de Goldberg y Cols (1980)*.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual Calvo (1983, propone el siguiente esquema de análisis funcional:

a) antecedentes (factores o situaciones que licitan la conducta problema).

b) Conductas desadaptadas, definidas operativamente y según criterios de intensidad, frecuencia y duración.

c) Las conductas que mantienen o incrementan dichas conductas.

d) Las variables del sujeto (creencias, estilo cognitivo...). Además de todas las variables adicionales que pueden facilitar o entorpecer el tratamiento (medio sociocultural, motivación al cambio...).

- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso corporal por encima de un peso mínimo para edad y altura, por ejemplo pérdida de peso dirigida mantener el peso en 15% debajo de lo esperado.
- Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando tenga peso insuficiente.
- Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo.
- En las mujeres la ausencia de por lo menos de tres ciclos menstruales consecutivos.

En general, usted puede estar absolutamente seguro de que una persona tiene anorexia si observa las siguientes tres señales de alarma constante y esencial:

- Peso corporal anormalmente bajo.
- Mantenimiento deliberado de ese peso corporal mediante dietas, ejercicios, abusos de laxantes o diuréticos o una combinación de los tres.
- Síntomas de inanición.

El rasgo común de este desorden alimenticio, es el intentar a como de

lugar mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere, periodos de ayunos conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo y/o la purgación después de una comida regular, son los síntomas otros de estos síntomas. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos periodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer "galguerías" particularmente dulces toman grandes cantidades de café y/o fuman.

Los desordenes alimentarios, el miedo a la obesidad y las conductas extravagantes en relación con la comida son algunos de los principales síntomas.

Los anoréxicos tienen una marcada tendencia a la inanición, acompañada por un temor irracional hacia los alimentos. Se niegan a comer, tienen temor a aumentar de peso, se vuelven incapaces de reconocer los riesgos que eso provoca y oscilan permanentemente entre la hiperactividad y la depresión.

En conclusión la anorexia nerviosa se caracteriza por un deseo intenso de pesar menos, cada vez menos, intenso miedo a la obesidad y un peculiar trastorno del esquema corporal: se ven más gruesas de lo que en realidad están. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso está en una intensa restricción alimentaría, en el ejercicio físico y en las conductas de purga.

### **5.1.3 Epidemiología de la Anorexia Nerviosa**

La población del mundo occidental tiende a homogeneizarse, con similar formación escolar, iguales intereses culturales y las necesidades básicas cubiertas, se puede decir que el grupo de riesgo para la anorexia nerviosa ha aumentado de forma espectacular en los últimos cincuenta años al englobar a

toda la población femenina adolescente. Sabemos que una gran parte de nuestra población femenina tiene actitudes anormales frente a la alimentación; los deseos de perder peso, mantener la figura o una excesiva credibilidad a los mensajes de los medios de comunicación son la causa principal de este aumento. No debemos olvidar que esta "Cultura del cuerpo" ha movilizadado grandes intereses económicos, lo que supone una presión constante.

- a. *Incidencia y Prevalencia*: El alarmante aumento de la incidencia y prevalencia en Europa, EEUU y Canadá se ha podido observar en los últimos treinta años merced a estudios de seguimiento. Antes de los años sesenta se consideraba que la incidencia de A.N. era del 0.24 al 0.45 por 100.000 habitantes al año, después de los sesenta esta cifra ha aumentado hasta el 1.6 por 100.000.
- b. *Sexo*: La anorexia nerviosa se manifiesta ligada al sexo femenino de una manera rotunda, hay unanimidad en todos los trabajos al considerar que el 90-95% son mujeres. En la tabla 3 se recogen aquellos estudios sobre una población superior a 100 individuos donde queda manifiesta la preponderancia del sexo femenino en esta patología. Se considera que en esta predisposición intervienen más los factores socioculturales que los de índole biológica.
- c. *Edad*: Otra constante epidemiológica que se mantiene con más o menos regularidad, a pesar del tiempo transcurrido, es la edad de aparición, que suele ser al final de la niñez, durante la adolescencia y al inicio de la juventud. Después de esta edad la incidencia es mucho menor, la edad de aparición cada vez es más precoz y se mantienen cifras bajas de inicio del trastorno después de los 25 años.

- d. *Nivel socioeconómico:* Desde los primeros trabajos, clínicos o epidemiológicos, se manifiesta de forma explícita que la anorexia nerviosa se presenta con mayor:

#### **5.1.4 Factores etiológicos**

Existen diversos factores que permiten comprender el desarrollo del trastorno, que van desde factores socioculturales, socioeconómicos, cognitivos que predisponen el desarrollo de la patología.

##### **5.1.4.1 Factores socioculturales, y económicos**

No puede entenderse la anorexia sin tener en cuenta algunos fenómenos que tienen lugar en el medio social que envuelve a éstas personas. Existe total unanimidad en cuanto al progresivo incremento de trastornos de la ingesta y de la anorexia en particular y además este incremento sigue una progresión geométrica. La anorexia no se distribuye homogéneamente entre todas las capas o estratos poblacionales sino que existe una tendencia a que se de en las clases sociales medias y elevadas y esto solamente en los países del mundo desarrollado, ya que, como es fácil de entender, el tercer mundo no tiene estos problemas. No existen estudios que avalen la idea de que la anorexia esta biológicamente ligado al sexo femenino pero todos los estudios han puesto de manifiesto una clara tendencia hacia las mujeres. En cuanto a la edades de aparición del trastorno esta entre 12 y 25 siendo el rango entre 14 y 18 el más afectado.

Un factor importante en la explicación de este trastorno es la presión social y los estereotipos culturales. La existencia de un modelo, un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre todos y cada uno de los miembros de la población. En las

sociedades opulentas el ideal de la delgadez, especialmente la femenina, esta muy extendido ya que la obtención de alimento no es un problema. En estas sociedades donde no falta el alimento (este no es percibido como una autentica necesidad) se da una especie de tendencia o lujo a no comer, es decir, se aprecian otros valores más estéticos y alejados de la biología.

El como se generan estos modelos se debe en gran medida a la influencia de los medios de comunicación de masas y además esta influencia resulta agobiante para determinados colectivos (gimnastas, modelos de alta costura o bailarinas). Por otro lado se ha podido constatar la influencia de la publicidad en el mantenimiento de esta estética, ya que el sport publicitario no duda en lanzar mensajes sobre la conveniencia de perder peso consumiendo productos y servicios específicos (alimentos hipocalóricos, cremas, gimnasios, aparatos de gimnasia, etc.).

En este apartado hay que hablar de la relación de la anorexia con una serie de factores Psicosociales asociados a la condición femenina. A las mujeres se las dice veladamente que ser delgada es mostrar control sobre si misma y tener éxito, por ejemplo, comer mucho y deprisa en la mujer no esta bien visto. Además la figura femenina es idealizada más delgada que la del varón y además los patrones imperantes refuerzan que la mujer atienda más su cuerpo y la imagen que los hombres.

Por otro lado el hecho de que sea un trastorno más ligado a la adolescencia tiene que ver con la comparación y seguimiento de los valores del grupo de iguales. El hecho de ganar peso para el adolescente supone alejarse de los valores del grupo y fracasar.

### 5.1.4.3 Factores precipitantes

Existe un conjunto de factores que podrían precipitar la aparición del trastorno. Estos factores son los siguientes:

- La obesidad o sobrepeso y una disposición cognitiva o sensibilidad aumentada hacia el mismo.
- La edad y el sexo.
- Características familiares. No existe la familia típica de la anoréxica aunque se han hecho estudios donde se han encontrado ciertas regularidades:
  - Pertenencia a estratos socio-económicos-culturales medios y altos.
  - La Tendencia a que los padres sean de edad elevada.
  - La Presencia de trastornos afectivos o consumo excesivo de alcohol u otras drogas en los familiares de 1º grado.
  - Obesidad materna.
  - Fallecimiento de una persona afectivamente significativa, separación de los padres, alejamiento del hogar, Fracasos académicos, accidentes.

Dentro de los diferentes factores que predisponen el cuadro se encuentran aquellos relacionados con los procesos cognitivos que interfieren de manera desadaptativas con la imagen corporal. Este planteamiento se ampliará a continuación.



## **5.3 TEORIA DE ALBERT ELLIS**

### **5.3.1. Teoría de la RET:**

La adicción a las drogas es una característica bastante frecuente entre estas personas así como su tendencia a la depresión y a la ansiedad. Además suelen fracasar en sus relaciones sentimentales. Podemos afirmar que los cambios físicos experimentados por los pacientes le llevan a una distorsión en los diferentes roles o campos ejercidos por el, ya que su estilo de vida le promueve a reducir sus responsabilidades, a no mantener vínculos afectivos, a aislarse y no mantener buenas relaciones interpersonales, entre otros.

Nuestro autor guía de la presente investigación Ellis (1973). Los conocimientos tempranos de la Terapia Racional Emotiva (RET) pueden trazarse por la vía personal de Ellis como niño y adolescente cuando empezó a enfrentarse a diversos problemas físicos (nefritis aguda) y problemas de personalidad (timidez de hablar en público y a encontrarse con mujeres en particular), aunque no tenía intención de ser psicólogo se interesó por la filosofía, luego empezó a trabajar decididamente sobre al mismo lo que consideraba como sus inútiles problemas emocionales, adoptó un enfoque filosófico-cognitivo combinado con desensibilización *in vivo* y asignación de tareas autodirectivas.

Al principio, la terapia racional emotiva se llamó "Terapia Racional" (RT) porque Ellis enfatizó sus aspectos cognitivos y filosóficos y quería diferenciarlo claramente de otras terapias de los 50. De este modo Ellis, en colaboración con su principal asociado Robert A. Harper decidieron al principio de los 60 cambiar el nombre de la terapia racional-emotiva (RET).

La RET siempre se ha especializado en los procedimientos de autoayuda sostienen que la RET es un tratamiento apropiado para casi todos los

problemas emocionales con la excepción de la esquizofrenia severa, manía ,  
extremada lesión orgánica cerebral y trastorno mental.

Sin embargo, no pretende ser completamente objetiva y gratuita. Por el contrario es un sistema de psicoterapia destinado a ayudar a la gente a vivir más tiempo minimizando sus problemas emocionales y sus conducta contra producentes, y auto-actualizarse para que vivan una existencia más llena y feliz. Una vez elegidas estas metas, entonces las submetas, son las formas para que la gente piense, sienta y actúe se siguen de los objetivos principales

Las principales submetas consisten en ayudar a la gente a pensar más racionalmente (científica, clara y flexiblemente) sentir de forma más apropiada; ya actuar más funcionalmente (de manera eficaz e inalterable), de cara a conseguir sus metas de vivir más tiempo y más felizmente.

Por lo tanto, los pensamientos racionales (o ideas o creencia racionales) los define como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices particularmente por:

- Presentar o elegir por si misma ciertos valores, propósitos metas o ideales, productores de felicidad.
- Utilizar formas eficaces, flexibles, científicas, lógico-empíricas de alcanzar para evitar resultados contradictorios o contra producentes.

Los sentimientos convenientes se definen en la RET como aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y se frustran, esto ayuda a que las minimicen o eliminen tales bloqueos y frustraciones.

Dentro de las emociones negativas convenientes se incluyen dolor,

pesar, incomodidad, frustración y displacer. Los sentimientos inconvenientes se definen en la RET como aquellas emociones tales como: sentimientos de de presión, ansiedad, desesperación, insuficiencia, inutilidad que tienden a hacer a las circunstancias ya a las frustraciones molestas peores, más que ayudar a vencerlas.

Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar a hacer un análisis de nuestros pensamientos; si la sicopatología es producto del pensamiento irracional lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho es lo único que podemos cambiar ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal solo por que lo deseemos.

Múltiples factores, tantos genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la sicopatología. De hecho, los seres humanos, parecen tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias

A pesar de la existencia de influencias pasadas en la sicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son responsables de que el malestar hayan continuado a través del tiempo, a pesar de las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias sino con el hecho de seguir manteniendo dichas creencias irracionales en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimiento serán muy diferentes.

Aunque las creencias se pueden cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad, ya que las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para conocerlas, retarlas y

modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

Como ya ha quedado expuesto que el trastorno psicológico deriva de las Creencias Irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible, en este caso la idea obsesiva de una delgadez extrema. Por lo tanto la salud psicológica, por su parte estaría ligada a las Creencias irracionales. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a de situaciones que han activado dichas creencias y con respuesta a este malestar psicológico experimentan consecuencias negativas tanto físicas, como emotivas y conductuales.<sup>11</sup> (Ellis y Russell, 1990)

El estilo del terapeuta de la RET es activo, retador, lleno de demostraciones y a menudo incisivo. Ellis aboga por la utilización de una forma enérgica y directa de comunicación con el objeto de persuadir a los clientes a que abandonen las ideas irracionales con la que se han introducido así mismos hasta el punto de que se sientan miserables. (Raich, 1997)

En el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: Pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otros.

Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas el mundo o si mismo sentirán de modo diferente y se comportarán de diferentes maneras. La terapia racional emotiva trata por tanto, con las causas de las emociones humanas, donde a través de la terapia podemos identificar que tipo de creencias sostiene la persona y hasta que punto están influyendo en su estado de ánimo y estilo de vida.

### **5.3.1.1 Principios de la RET:**

El autor afirma que existen seis principios de la terapia racional emotiva los cuales son:

El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien si no lo que hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y a las cosas que pasen por nuestra mente.

El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

Los sentimientos positivos inconvenientes tales como: gran dilocuencia, hostilidad, y paranoia, se ven como aquellos que temporalmente tienden hacer que la gente se sienta bien (y con frecuencia superior a otro) pero que más tarde conducen a resultados desafortunados y a mayores frustraciones (riñas, encarcelamientos, homicidios).

La RET define los actos y conductas inconvenientes o auto-destructivas como aquellas acciones humanas que interfieren seria e inútilmente con la vida y con la felicidad. De este modo los actos que son rígidamente compulsivos, adictivos, y estereotipados tienden a estar en contra de los intereses de la mayoría de las personas y de los grupos sociales en que residen.

La RET ve las *Creencias Irracionales*, los sentimientos inconvenientes y las conductas contra producentes como interactivas y transaccionales, ejemplo de esto es una mujer que piensa que debe hacer bien su trabajo en cualquier circunstancia ES terrible si no lo hago y me hace una mala personal Esto le conducirá a sentimientos de ansiedad, lo cual le ayudará a pensar más irracionalmente al creerse totalmente Incapaz. La RET ve los sentimientos,

pensamientos y conductas como confusamente mezclados el uno del otro.

### **5.3.1.2 Desarrollo de la Teoría de los ABC del Pensamiento:**

Por lo tanto la RET se le conoce mejor por su famosa teoría de los ABC del pensamiento irracional y del trastorno emocional. Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conductas pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos. En la versión de los ABC para el trastorno emocional (A) representa los acontecimientos activadores que sirven como preludio a (C), las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de (A) (conocidas como síntomas neuróticos), los que encuentran son generalmente sucesos corrientes o sus pensamientos propios, sentimientos, o conductas relativos a estos sucesos; los acontecimientos activadores nunca existen solos interactúan con las creencias (B) y consecuencias (C).

De acuerdo con la teoría de la RET, la gente tiene innumerables creencias (B) o cogniciones, pensamientos o ideas, acerca de sus acontecimientos activadores (A) y estas (B) tienden a ejercer influencias importantes, directas y fuertes sobre sus consecuencias (C) cognitivas, emocionales y conductuales y sobre lo que con frecuencia se llama perturbaciones emocionales. Es por esto que las pacientes anoréxicas poseen un gran número de creencias irracionales ya que estas proceden distinguir entre consecuencia emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en Irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado "apático, frío, o insensible" del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. Así en la R.E.T. se distingue entre:

EMOCIONES

INAPROPIADAS

-VERSUS-

EMOCIONES

APROPIADAS

Estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales, aunque no siempre, y al no producirse disminuirían su impacto sobre el sujeto. La salud psicológica sería todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera todas sus metas con más probabilidad; es decir el auto-doctrinamiento en las creencias racionales y su práctica conductual.

### **5.3.1.3 Factores que facilitan la aparición de Creencias Irracionales:**

Ellis, nos habla de la diferencia entre la adquisición de las creencias irracionales y el mantenimiento de las mismas. Con el término adquisición hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto. Estos serían:

*Tendencia Innata de los humanos a la irracionalidad:* los seres humanos tienen en su cerebro sectores precorticales producto de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

*Historia de aprendizaje:* los seres humanos, sobretodo, en la época de la socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales.

También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata pueden convertirlas en creencias irracionales o exigencias.

De otro lado con el término mantenimiento Ellis se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se

destacan tres factores (Ellis, 1989):

*Baja tolerancia de la frustración:* la persona, siguiendo sus exigencias de bienestar practica un hedonismo a corto plazo ("tengo que estar bien ya") que le hacen no esforzarse por cambiar ("Debería ser mas fácil").

*Mecanismos de defensa psicológicos:* derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.

*Síntomas secundarios:* derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en "ESTAR PERTURBADOS POR LA PERTURBACION". (Ellis, 1980)

#### **5.3.1.4 Descripción de Creencias Irracionales:**

Las creencias irracionales descritas por nuestro autor guía Albert Ellis, se encuentran caracterizadas en nueve grandes grupos los cuales son:

*Necesidad de Aprobación:* La persona presenta la Idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto ser amado y aprobado por prácticamente por todos aquellos que hacen parte de él y la comunidad donde convive.

A menudo se ha afirmado y puede ser cierto, que los niños necesitan amor y aprobación; aunque es deseable sin duda que los adultos sean amados y aprobados por parte de la gente con la llegan a tener una relación íntima, es cuestionable si para los adultos es absolutamente necesario ser aprobado por cada persona de su comunidad considerada como significativa para ello.

El creer que uno debe ser aprobado por las personas es importante, es irracional por siete razones:

El exigir que se deba ser aprobado por todos los que uno le guste fija un objetivo inalcanzable y perfeccionista; porque aún cuando 99 personas le amaran o aceptan siempre existirá la persona 100 o 101.etc. que no lo hará.

Aún cuando no se consiga la aprobación de todos los que se consideren importantes sí se necesita de forma extrema su aprobación seguirá estando preocupado constantemente por el hecho de cuánto le aprobaran o sí todavía le dan el visto bueno.

Es imposible no importar los esfuerzos que le hagan que uno sea siempre simpático, es inevitable que no le gustemos a alguna de las personas cuya aprobación es altamente valorada, por sus propios prejuicios intrínsecos o le seamos indiferentes.

Suponiendo que se pudiera en teoría, ganar la aprobación de prácticamente cada persona que se quisiera, habría que gastar mucho tiempo y energía en ello de forma que quedaría poco tiempo para otras actividades provechosas.

Al intentar de forma incesante el ser aprobado por los demás, invariablemente se llega a ser vil y zalamero, por consiguiente se abandonan muchas de sus necesidades y preferencias, llegando a ser menos autodirectivo.

Sí de forma obligatoria y obsesiva se busca la aprobación de los demás, lo cual se tendrá que hacer sí arbitrariamente se ha hecho la definición de que el ser aprobado es más una necesidad que una preferencia, habrá una tendencia a conducirse de una forma insegura y molesta para los otros que ha menudo terminará perdiendo su aprobación y respeto. El amar más que el ser

amado es una actividad de expresión propia, creativa y absorbente, pero la necesidad extrema de ser amado tiende más a ser inhibitoria que apoyar el amor.

*Autoexigencia:* La persona presenta la idea que para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles. Mucha gente o la mayoría de ella en nuestra sociedad, quizás más que los ciudadanos de otra sociedad que alguna vez halla existido, creen que sino son muy competentes, suficiente y capaces en todos los aspectos, o por lo menos en un aspecto importante, son unos inútiles y pueden muy bien acobardarse y morir. Esto es una idea irracional por varias razones:

Ningún ser humano puede ser totalmente competente y destacarse en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos; la mayoría de la gente no se destaca de hecho en ningún aspecto importante. Intentar tener éxito está bien, ya que sí se triunfa en un trabajo, un juego o un proyecto artístico, reporta ventajas reales (Tales como: Una compensación económica o la satisfacción de haber participado). Pero el exigir que se deba tener éxito en todo es hacerse a uno mismo víctima de la ansiedad y de los sentimientos de inutilidad personal.

Aunque el tener éxito de forma razonable y el conseguirlo tiene distintas ventajas (En particular en nuestra sociedad) la energía necesaria para conseguirlo genera tensión excesiva, hipertensión y fuerza a uno mismo más allá de sus propias actividades físicas como la aparición frecuente de distintas enfermedades. El individuo que tiene la obligación de obtener un éxito glamoroso no solo está desafiándose a sí mismo, para comprobar su propio poder sino que invariablemente se está comprobando con los demás. El dar un gran énfasis a la filosofía del éxito confunde el valor extrínseco de uno "El valor que las demás personas dan al comportamiento y/o a las características propias". Con el valor intrínseco (la viveza o el valor de uno mismo)



**Culpar a otros:** La persona presenta la idea que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que debe ser seriamente culpabilizada y castigada por su maldad. Muchos individuos se sienten enfadados y rencorosos porque creen que algunas personas por lo general se incluyen ellos mismos de forma muy especial son gente mala que a causa de su maldad actúan de forma inmoral y que el único medio de impedir que actúen de esa manera es haciéndoles sentir culpables y castigados. Estas ideas no son valiosas y racionales porque: La idea de que algunas personas son malas o infames viene de la antigua doctrina teológica del libre albedrío la cual presupone que cada persona tiene la libertad de actuar "Correctamente" o "Erróneamente", teniendo como referencia la verdad absoluta y la justicia ordenada por "Dios" o por "La Ley Natural" si alguien hace uso del "Libre albedrío" en forma "errónea" es un malvado "Pecador".

Esta doctrina no tiene una base científica por sus términos claves incluidos. "De verdad absoluta", "Dios", "Libre albedrío" y "Ley Natural", son solo definiciones y no pueden ser probadas, ni refutadas en términos empírico o científicos. Cuando las personas actúan de forma que ellos mismos o otros consideren errónea o inmoral parece que lo hacen porque en un análisis son demasiado simples, ignorantes o perturbados emocionalmente.

Por su carácter biosocial (que incluye su herencia y aprendizaje) el hombre en un animal falible del que solo se pueden esperar errores, no es realista, espera que no sea así y condenarlo por ser como es y por decepcionar las expectativas perfeccionistas de uno.

La teoría de llamar infame a quien actúa mal y culparle o castigarle por sus actos erróneos o tal vez antisociales; está basada en la suposición de la que la culpa y el castigo normalmente inducen al ser humano a abandonar su camino erróneo y actuar mejor en el futuro.

En el campo teórico debemos esperar que el castigo a un individuo (en vez de reducirle en forma objetiva) por actuar mal tendrá efectos muy pobres en el aprendizaje, si una persona comete un error a causa de su simpleza innata el hecho de culparle no le hará menos simple ni más inteligente.

*Reacción a la frustración:* La persona tiene la idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que uno le gustaría que fuesen.

*Irresponsabilidad emocional:* La persona tiene la idea que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones.

*Ansiedad por preocupación:* La persona presenta la idea de que si algo es o puede ser peligroso o terrible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

*Dependencia:* La persona presenta la idea de que debe depender de los demás para tomar cualquier tipo de decisión y que se necesita de alguien más fuerte en quien confiar.

*Influencia del pasado:* La persona presenta la idea de que su historia pasada es un determinante decisivo que influye en la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y que le conmovió debe seguir afectándole indefinidamente.

*Perfeccionismo:* La persona presenta la idea que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe ("Ellis, 1992).

## 5.4 TEORÍA DE AARON BECK

En un tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las "Distorsiones Cognitivas" o errores inferenciales del pensamiento que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan cerradas como las creencias irracionales, como la afirmado en la teoría de Aarón Beck donde revela un enfoque prometedor que representa un conjunto de problemas emocionales, Beck (1976) trabajó con la hipótesis de que la terapia cognitiva se podría utilizar en problemas como la ansiedad la depresión la ira y los problemas interpersonales; este autor afirma que una forma de examinar la naturaleza multidimensional de la disfunción es considerada a las formulaciones cognitivas con respecto a tres aspectos: las causas de la disfunción, los productos de la disfunción y el tratamiento de la disfunción.

Al hablar de las causas de la disfunción pone un gran énfasis en el potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean y, a través de estas percepciones negativas crear en ellos mismos la perturbación emocional.

### 5.4.1 Distorsiones Cognitivas:

Beck ha descrito varios procesos cognitivos los cuales es probable que conduzca a emociones, conducta y consecuencias motivacionales negativas; estos procesos son conocidos como "distorsiones cognitivas", que tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo o incierto, en uno que se experimenta como negativo. Incluidos en esta lista de distorsiones cognitivas se encuentran errores tales como la generalización excesiva, la magnificación o minimización, la personalización, el pensamiento absolutista dicotómico, la inferencia arbitraria y la abstracción selectiva. Seguidamente se

da una descripción de estos errores. (Ceballos, 1995).

**Inferencia arbitraria:** se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

**Abstracción selectiva:** se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto ignorando otras características relevantes de la situación.

**Generalización excesiva:** se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.

**Magnificación y minimización:** se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.

**Personalización:** se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.

**Pensamiento absolutista dicotómico:** se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo bueno-malo. Para describirse así mismo, el paciente emplea las categorías del extremo negativo.

Como se acaba de ver, el modelo cognitivo puede aplicarse a una serie de problemas disfuncionales, por lo cual la terapia cognitiva enfatiza en la identificación y modificación de los procesos y patrones cognitivos que son disfuncionales para poder alcanzar el éxito del tratamiento se basa en una evaluación multidimensional para lograr que haya una relación recíproca entre

el afecto la conducta y la cognición para poder producir un cambio en estas tres áreas pero este cambio conductual no se inicia solo, sino que incluye la programación de acontecimientos, el conocimiento absoluto de las actitudes que mantiene el individuo para lograr un enfoque de un tratamiento eficaz y oportuno. (*Aramburu, Guerra, 2002*).

## **6. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE**

### **6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

“Las creencias irracionales: Son un conjunto de ideas irrefutables, ilógicas, irreales y desadaptativas; las cuales involucran cambios negativos en tres áreas que se relacionan entre si, tales como:

Pensamientos, sentimientos y Comportamientos. Por lo tanto, causan disfunción en diferentes áreas de la vida del individuo como lo son: laboral, académico, social, sentimental entre otras.”

Las Creencias Irracionales son vistas como ideas, sentimientos y actos recíprocamente ligados el uno del otro los cuales generan inconveniencias físicas, conductas contraproducentes y malestar subjetivo.

Además, la RET ve las Creencias Irracionales, como los sentimientos negativos, y las conductas contraproducentes como interactivas y transaccionales, ejemplo de esto: Una mujer que piensa que debe hacer bien su trabajo en cualquier circunstancia ¡Es terrible si no lo hago! esto le conducirá a sentimientos de ansiedad, lo cual le ayudará a pensar más irracionalmente creyéndose totalmente incapaz. La RET ve los sentimientos, pensamientos y conductas como confusamente mezclados el uno del otro.

**6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
CREENICAS IRRACIONALES	NECIDAD DE APROBACIÓN	Necesidad de ser amada, querida, reconocida y aceptada por personas significativas.	1,11,21,31,4 1,51,61,71
	AUTOEXIGECIA	Necesidad de ser competente, adecuado y exitoso en todas las cosas para ser valioso	2,12,22,32,4 2,52,62,72
	CULPAR A OTROS	Deseo de culpar o castigar a los demás o así mismo por su maldad.	3,13,23,33,4 3,53,63,73
	REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.	4,14,24,34,4 4,54,64,74
	IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	La idea que el sujeto no tiene control sobre sus emociones Cree sentirse responsables de sus sentimientos. La desgracia humana se debe a causas externas y tiene poca capacidad para controlar sus penas y perturbaciones.	5,15,25,35,4 5,55,65,75

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
CREENICASAS IRRACIONALES	Ansiedad por preocupación	La idea de que si algo es peligroso o temible debe sentirse terriblemente inquieto por ello.	6,16,26,36,4 6,56,76.
	Dependencia	Se debe depender y confiar en alguien más fuerte.	7,17,27,37,4 7,57,67,77.
	Influencia del pasado	Idea que la historia pasada influyen en la conducta actual y debe ser afectándole indefinidamente.	8,18,28,38,4 8,58,68,78.
	Perfeccionismo	La idea debe ser existir una solución precisa, correcta y exacta para todos los problemas humanas y de no ser así sería catastrófico	9,19,29,39,4 9,59,69,79.

## **7. METODOLOGÍA**

### **7.1 Paradigma:**

En la presente investigación emplearemos el paradigma Empírico-Analítico por que se establecerá una relación de ínter subjetividad en las que se tienen presentes los valores del sujeto estudiado. La investigación será de corte cuantitativo porque solo nos dedicaremos a describir las características y rasgos comportamentales de lo pacientes, sin pretender hallar vínculos de causalidad.

### **7.2 Diseño:**

Descriptivo se emplea en aquellas investigaciones cuyo objeto básico describir principales modalidades de un fenómeno como también sus relaciones con otros sin intentar determinaciones causales ya que trabajaremos en las descripción de las característica principales del conjunto de Creencias Irracionales que sostienen la personas con síntomas anoréxicos, y este paradigma se sujeto perfectamente a las necesidades del ser humano que son estudiadas por la Ciencia de la Psicología.

### **7.3 Muestra:**

La muestra de nuestra investigación contará con un grupo de 10 personas, las cuales fueron seleccionadas intencionadamente, con edades entre 15 y 25 años de edad, de sexo femenino.

## 7.4 Técnicas o Instrumento:

### 7.4.1 Creencias Irracionales:

Para evaluar las creencias irracionales se utilizó el instrumento del *I.B.T.*, (Inventory Irrational Belief): Este test fue diseñado y estandarizado para ser aplicado a partir de los 15 años. Teniendo en cuenta que las personas están influidas por dichas creencias desde edades más tempranas bien sea por que ellas mismas las han construido o por que las han adquirido en su interacción con el medio, se hace necesario la adaptación y la estandarización de dicho instrumento de tal forma que responda a las características de la población de jóvenes con edades entre los 11 y los 14 años que no están incluidos dentro del test original y por lo tanto los psicólogos dedicados a trabajar con esta población no cuentan con una herramienta que les permita conocer de manera rápida y confiable las creencias que mas afectan a esta población, por lo tanto adaptar y estandarizar dicho instrumento contribuye a la creación de una herramienta necesaria para futuras investigaciones en este campo.

Algunos ejemplos de las preguntas que evalúan las creencias son las siguientes

1. Necesidad de aprobación ¿Es importante para mi que otros me apruben?
2. Autoexigencia ¿Odias equivocarte en cualquier cosa?
3. Culpar a otros ¿Piensan que las personas perversas escapan al castigo que se merecen?
4. Reacción a la frustración ¿Generalmente aceptas lo que pasa?

Todos los ítems de este cuestionario puntúan en una escala de frecuencia de 5 puntos que va desde 1 (muy de acuerdo) a 5 (Muy en desacuerdo). Para evaluar la presencia de las creencias de irracionales



se ubicaron los puntajes de acuerdo las categorías de bajo, medio bajo, medio alto y alto (Ver tabla 4)

Creencia Irracional	Desv/ó	Media	Desv/ón +	I.B.T.
Necesidad de Aprobación	18.78	22.78	26.78	26
Culpar a otros	23.14	27.37	31.6	21

#### 7.4.1 Entrevista semiestructurada:

La entrevista se llevo a cabo con base en los siguientes temas, entre ellos:

- Cuéntenos un poco acerca de su historia personal (nombre completo, edad, sexo, composición familiar, dedicación actual, estado civil, nivel de escolaridad, religión).
- Que hace en su tiempo libre? (que lugares visitas con mayor frecuencia?).
- Que opinión tiene sobre su imagen personal?.
- Que piensas acerca de las cirugías practicas?, en algún momento te realizarías una?.

#### 7.5 Procedimiento:

Delimitación del tema: Para llevar a cabo esta investigación, se realizo una revisión bibliografica, concentramos la busque da en autores basados en el enfoque congñito conductual; ya que este tiene gran fundamento teórico dentro la Psicología. posteriormente se llevo a cabo la

recolección de los datos: donde se realizó un trabajo de campo, que se basó en la observación y análisis de personas asistentes a gimnasios, spas y lugares de estética; con previo permiso de la administración del Centro Deportivo Body Tech; luego se llevó a cabo el acercamiento a la muestra quienes aceptaron voluntariamente ser entrevistados. De esta manera se realizó aproximadamente 30 encuestas estructuradas; para tener conocimientos más amplios de qué personas asistían al Centro, se evaluó nivel educativo, estatus de vida, entre otros; esto contribuyó a la identificación de 10 personas que cumplían con las características que evidenciaban dificultad con la auto imagen, por lo tanto la escogencia de la muestra fue intencional.

Tabulación y análisis de los datos: Luego de aplicar a 10 sujetos, procedimos a tener en cuenta las desviaciones típicas que refleja el I.B.T. para llevar a cabo el análisis de resultados; Se procedió a formular la tabla de resultados en donde se categorizó las puntuaciones en nivel Bajo (por debajo de la media requerida) Normal (se encuentra dentro de los estándares establecidos por el I.B.T) y Nivel alto cuando el resultado sobrepasa la desviación típica que refleja el I.B.T.

Presentación de los resultados: Al finalizar retomamos lo que sustenta el autor en su teoría, analizando en qué porcentaje se presentaba la creencia de acuerdo al total de la población, se realizó para cada sujeto una tabla de resultados donde se realizó la presentación de la desviación típica de cada una de las necesidades; se realizó un análisis de toda la población frente a las Creencias que mide el Test, para al finalizar presentarlo bajo un Diagrama de Punteo donde refleja los 10 sujetos y cuál de las Creencias presentan los sujetos y en qué nivel. (Ver Anexos)

## 8. RECURSOS

### 8.1 RECURSOS HUMANOS

En esta investigación se han requerido aportes importantes emitidos por diferentes profesionales en psicología como el docente: Reinaldo Niebles, a asesora de Proyecto: Talla Vergara y el médico psiquiatra Henry Pérez, quienes con su conocimiento previo han aportado su punto de vista a la investigación en desarrollo. También contamos el semestre anterior con la asesoría de la docente Marbel Gravini quien era nuestra asesora en ese momento.

### 8.2 RECURSOS MATERIALES E INSTITUCIONALES

En esta investigación hemos requerido aportes indispensables de diferentes tesis ya escritas, revistas, textos, documentos en Internet, folletos, que tuvieran información pertinente para el desarrollo de la investigación. A nivel institucional se contó con la aprobación y apoyo tanto de la Universidad Simón Bolívar y del Centro deportivo y estética Body Tech, quienes permitieron el acceso a la población.

### 8.3 RECURSOS FINANCIEROS

Fotocopias	\$400.000
Transcripciones	600.000
Empaste, diskett y cartucho de tinta	980.000
Papel (5) resma	60.000
Libro Básico	600.000
Internet	300.000
Llamadas locales / celulares	200.000
Transportes	250.000
Otros (Lapiceros / lápices, refrigerios)	190.000
Total	\$3.580.000

## **8. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS**

### **8.1 Análisis socioeconómico.**

Luego de la aplicación del I.B.T a 10 mujeres entre los 15 a los 25 años que asisten actualmente entre 3 y 4 veces por semana al Centro Deportivo y de Estética Body Tech en la ciudad de Barranquilla; entre ellas se encuentran 3 mujeres que están casadas y cada una con un hijo, de clase social alta, otras seis de ellas son jóvenes entre los 18 y 23 estudiantes universitarias, dependen económicamente de sus padres y pertenecen al estrato 6 y una de ella Con estudios superiores como Post-grado, quien es gerente de una compañía, madre de una hija y en estos momentos se encuentra separada. Estos datos confirman los planteamiento que caracterizan a los sujetos que tienen dificultad con la autoimagen, dado que pertenecen a estratos socioeconómicos altos.

## 8.2 Análisis descriptivo de las creencias irracionales

A continuación se hará la descripción de las creencias que se evidenciaron en la población que participo en el presente estudio.

Tabla 1. Frecuencia de categorización de las creencias irracionales en mujeres que presentan características anoréxicas

Creencias Irracional	Bajos		Normal		Altos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Necesidad de aprobación	0	0	8	80%	20	2%
Autoexigencia	0	0	8	80%	20	2%
Culpar a otros	1	10%	8	80%	1	10%
Reacción a la frustración	3	30%	3	30%	4	40%
Irresponsabilidad emocional	0	0	8	80%	2	20%
Ansiedad por preocupación	2	20%	5	50%	3	30%
Dependencia	3	30%	7	70%	0	0
Influencia del pasado	2	20%	8	80%	0	0
Perfeccionismo	1	10%	9	90%	0	0

En la creencia de Necesidad de aprobación se evidenció que el 80% de la población presentan niveles normales y el 20% presentan la idea extrema de ser amado y aprobados significativamente por las personas que le rodean.

Autoexigencia, se evidenció que el 80% de la población presentan niveles normales y el 20% presentan la idea extrema de ser competente, adecuado y exitoso en todas las cosas para ser valioso

En la creencia Culpar a otros, se evidenció que el 80% de la población presenta niveles normales, el 10% presenta la idea extrema de que se castigue a los demás o a sí mismo por su maldad y el 10% no le afecta si a los demás se les castiga o no.

En la creencia Reacción a la frustración, se evidenció que el 30% de la población presenta niveles normales, el 40% mantiene la idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen y el 30% presenta la idea de no ser catastrófico y que las cosas no salgan bien todo el tiempo.

En la creencia de Irresponsabilidad Emocional, se evidenció que el 80% de la población presenta niveles normales y el 20% presenta la idea extrema de no tener el control sobre sus emociones Creer sentirse responsables de sus sentimientos.

En la creencia Ansiedad por Preocupación se evidenció que el 50% de la población presenta niveles normales, el 20% no presenta ideas de sentirse muy inquietos por diferentes situaciones y el 30% de la población presenta la idea irracional de sentirse terriblemente inquieto por algo peligroso que le puede suceder repetidas veces.

En la Creencia de Dependencia, se evidenció que el 70% de la población presenta niveles normales y el 30% piensa que nunca se debe confiar y creer en personas más fuertes.

En la creencia de Influencia del pasado, se evidenció que el 80% de la población presento niveles normales y el 20% presento una idea muy baja Idea que la historia pasada influyen en la conducta actual y tampoco le afecta en su vida personal indefinidamente.

En la creencia Perfeccionismo, se evidenció que el 90% de la población presenta niveles normales y el 10% de la población no le interesa tanto conseguir el éxito o sobresalir en todo.

## **9. DISCUSIÓN Y CONCLUSION**

Apoyados en la teoría de nuestro autor guía Albert Ellis, se evidencio la presencia de las diferentes creencias irracionales en niveles altos: como Necesidad de aprobación, Reacción a la frustración, Irresponsabilidad Emocional, Ansiedad Por Preocupación e Influencia del pasado y Autoexigencia como no los dice la teoría estas personas magnifican ideas o pensamientos catastróficos, creen que les puede pasar cosas terribles, imaginan que su historia nunca cambiara a pesar de los esfuerzos que hagan, además sienten que deben y necesitan ser aceptados por quienes le rodean, tienden a exigirse más de lo debido, lo cual podría estar relacionado con preocupación y exigencia de mantener una buena imagen, porque adicionalmente de los resultados del test, comprobamos que 9 de las 10 personas se han hechos cirugías plásticas porque desean tener una imagen esbelta y no aceptan estar subidas de peso, lo cual les genera malestar subjetivo e insatisfacción emocional.(Cita)

Sin embargo, también se encontró en puntuaciones en niveles bajos en las creencias como: Culpar a otros, Reacción a la frustración, Perfeccionismo, Ansiedad por Preocupación y Dependencia, lo cual sugiere que la población mantiene actitudes indiferentes, es decir, no se preocupan por asumir responsabilidades, al estar en situaciones importantes no enfrentan riesgos y si algo sale mal nunca son culpables, no les interesa hacer las cosas bien, asumen no necesitar de nadie y creen existen cosas más importantes como la imagen personal que tener proyectos de vida; todo esto afirma lo descrito por Alber Ellis al decir que el pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien si no lo que hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y a las cosas que pasen por nuestra mente.

Las personas actúan de acuerdo a como piensan y sienten, por lo tanto no importando el nivel en que se presenten las Creencias este grupo de personas (Sujetos:1,2,3,4,5,8 y 10) actualmente mantienen las creencias, las cuales les están generando muchas demandas a sí mismas ya que como lo mencionamos anteriormente el medio exige estar a la moda, o en otros casos es más favorables que otros respondan por mis responsabilidades, ya que algunas piensan aún no estar preparados para asumir retos y se muestran indiferentes frente algún proyecto de vida a corto o largo plazo.

Por ultimo, no podemos dejar de mencionar que el 30% de la muestra (Sujetos: 6,7 y 9) no presentan ningún tipo de Creencias Irracionales, pero sí se preocupan por mantener una buena imagen porque hace parte del estilo de vida que mantienen.

Después, de cumplir con la responsabilidad académica de concluir con una investigación como requisito en pre-grado, se nos hace absolutamente necesario reconocer que es poco lo que logramos hacer ya que lo más importante para nosotras como profesionales no es solo encontrar qué tipo de necesidades se encuentran en una determinada población sino buscar los medios, técnicas, estrategias, entre otras para abordar esas necesidades, es decir, consideramos que esta población necesita que una vez más se lleve acabo un trabajo en equipo e interdisciplinario, donde podamos trabajar hombro a hombro con diferentes profesionales, para sí ofrecer un servicio integro a personas que posiblemente piensan que sus parámetros de vida son propios e inmodificables; pero si encontramos la manera de confrontarlos con la realidad, muchos de ellos sabrán que a veces los medios que utilizan en su diario vivir no son los más adecuados y es allí donde entramos a jugar un papel importante ofrecer la ciencia por quien nos inclinamos: Psicología, la cual nos dará los parámetros necesarios para abordar esta problemática y saber qué hacer con este tipo de personas que aparentemente tienen una vida estable, pero que al ahondar en sus pensamientos y sentimientos encontraremos distorsiones,

influencias negativas e incoherencias que solo los están llevando a tener un estado psicológico poco saludable.

Por ello invitamos a quienes van más allá, quienes saben que detrás de esta investigación existe mucho camino por recorrer, donde sabemos que la información obtenida puede ser la base para encontrar una población escondida que vive afanosamente por mantener una imagen, pero que su realidad puede ser otra, es decir, manejar inseguridades, angustias, carencias, inestabilidad emocional, puede estar siguiendo modelos establecidos y como en este caso de investigación estar presentando conductas anoréxicas, por lo tanto el médico, el fisioterapeuta, el psicólogo, el psiquiatra, nutricionista, entre otros... pueden trabajar de la mano y ofrecer asesorías y servicios íntegros para lograr poner en práctica la unificación que debe existir en las Ciencias de la Salud.

Invitamos a nuestros seguidores a tomar esta información como referencia para llevar la investigación de descriptiva a explicativa la cual será de gran beneficio para quienes lo hagan ampliando sus conocimientos, para la universidad como material de apoyo para otras investigaciones, para la sociedad para que puedan identificar si pertenecen a este grupo de personas y desde luego para el Centro Body Tech que nos abrió las puertas ya que esto mostraría la calidad de su servicio y las personas sabrían lo importante de la buena salud física sin dejar a un lado la salud mental.



**BIBLIOGRAFÍA**

Aramburu, M Y Guerra, J. Autoconcepto: Dimensiones, Origen, Incongruencia, Cambios. Interpsiquis. 2002.

Ceballos, Vicente. Manual De Técnicas Y Modificación De Conductas Según Aaron Beck. Altavista. España. 1995.

Ellis, Albert Y Bernard Michael. Aplicaciones Clínicas De La Terapia Racional Emotiva. Dbb. México. 1990.

Ellis, Albert. Razón Y Emoción En Psicoterapia. Bilbao. 1980. Pág.60.

Manual De Psicoterapia Cognitiva. Derechos Reservados. Editorial Oveja. 2001.

Raich Rosa Maria. Anorexia Y Bulimia. Trastornos Alimentarios. Ediciones Pirámide. Madrid. 1997.

Revista: Cambio De Vida. Publicación De Abrenuncio S.A. Santa Fe De Bogotá. 2005.

Sabino, Carlos A. El Proceso De Investigación. El Cid Editor. Colombia. 1979.

Tannan, Haus Nora. Anorexia Y Bulimia. Plaza & Janes. Barcelona. 1995

Tellez, Vargas Jorge. Psicopatología Clínica. Editorial Médica Panamericana. Brasil. 1995

Wyngmrden, James B. Tratado De Medicina Interna. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México. 1994.

Ellis Albert 1 Ruseel Grieger. Manual De Terapia Racional Emotiva. Biblioteca De Psicología. Nueva York. 1990. Pág. 94.

[www.onsalud.com/edicion/noticia/0,2458,00,html-51k](http://www.onsalud.com/edicion/noticia/0,2458,00,html-51k)

[www.lafacu.com/apuntes/medicina/bulianore/default.htm](http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/bulianore/default.htm)

[www.psicologia-online.com/ESMUbada/LibrosManual/manual2.htm](http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/LibrosManual/manual2.htm)

[psicomundo.com/relatos/anorexia.html-11k](http://psicomundo.com/relatos/anorexia.html-11k)

[geosalud.com/nutricion/anorexiabulimia-html-64k](http://geosalud.com/nutricion/anorexiabulimia-html-64k)

[www.seapremur.com/lasaludporlaintegridad/psicologia\\_cognitiva.htm](http://www.seapremur.com/lasaludporlaintegridad/psicologia_cognitiva.htm)

[www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html.21k](http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html.21k)

[www.saludactual.cl/anorexia-html-10k](http://www.saludactual.cl/anorexia-html-10k)

[www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult-pediatrics/anorexia.cfm-25k](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult-pediatrics/anorexia.cfm-25k)

[www.tusalud.co.anorexiabulimia.uniantioquia.co](http://www.tusalud.co.anorexiabulimia.uniantioquia.co)

# ANEXOS

## ANEXOS

*What Is Anorexia?* Anorexia is an eating disorder where people starve themselves. Anorexia usually begins in young people around the onset of puberty. Individuals suffering from anorexia have extreme weight loss. Weight loss is usually 15% below the person's normal body weight. People suffering from anorexia are very skinny but are convinced that they are overweight. Weight loss is obtained by many ways. Some of the common techniques used are excessive exercise, intake of laxatives and not eating.

Anorexics have an intense fear of becoming fat. Their dieting habits develop from this fear. Anorexia mainly affects adolescent girls.

People with anorexia continue to think they are overweight even after they become extremely thin, are very ill or near death. Often they will develop strange eating habits such as refusing to eat in front of other people. Sometimes the individuals will prepare big meals for others while refusing to eat any of it.

The disorder is thought to be most common among people of higher socioeconomic classes and people involved in activities where thinness is especially looked upon, such as dancing, theater, and distance running.

### *A Family Member has an Eating Disorder*

If you have a family member that with an Eating Disorder, they need a lot of support. Suggest that your family member see an eating disorder expert. Be prepared for denial, resistance, and even anger. A doctor and/or a counselor can help them battle their eating disorder.

### *Symptoms of Anorexia?*

There are many symptoms for anorexia, some individuals may not experience all of the symptoms. The symptoms include: Body weight that is inconsistent with age, build and height (usually 15% below normal weight).

*Some other symptoms are:*

Loss of at least 3 consecutive menstrual periods (in women). Not wanting or refusing to eat in public.

Other symptoms are: anxiety, weakness, brittle skin, shortness of breath, obsessive ness about calorie intake

Medical Consequences of anorexia?

There are many medical risks associated with anorexia. They include: shrunken bones, mineral loss, low body temperature, irregular heartbeat, permanent failure of normal growth, development of osteoporosis and bulimia nervosa.

Continued use of laxatives is harmful to the body. It wears out the bowel muscle and causes it to decrease in function. Some laxatives contain harsh substances that may be reabsorbed into your system.

*Anorexia and Pregnancy*

In order to have a healthy child, the average pregnant woman should gain between 25 and 35 pounds. Telling this to a person with anorexia is like telling a normal person to gain 100 pounds. If you are anorexic, you may have trouble conceiving a baby and carrying it to term. Irregular menstrual cycles and weak bones make it more difficult to conceive. If you are underweight and do not eat the proper variety of foods, you and your baby could be in danger.

Women with eating disorders have higher rates of miscarriages and your baby might be born prematurely which puts them at risk for many medical problems.

All pregnant women should receive proper prenatal care. Those recovering from anorexia or bulimia need special care. You should always take your prenatal vitamins and have regular prenatal visits. You should not exercise unless your doctor says it is okay and it is a good idea to enroll in a prenatal exercise class to be sure you are not overexerting yourself.

### *Anorexia in the News*

Anorexia and Aging. Anorexia may be a serious disease for old men.  
Read more

### *Good news?*

Anorexia can be overcome.

With proper care, you can overcome your eating disorder and have a healthy child.

### *Statistics*

One percent of teenage girls in the U.S. develop anorexia nervosa and up to 10% of those may die as a result.

### *Difference between anorexia and bulimia?*

The biggest difference between anorexia and bulimia is that people suffering from bulimia eat large amounts of food and then throw up. This is called binge and purge. Anorexics do not eat large amounts and throw up. Bulimics do.

*Traducción del artículo No. 1*

### *¿Cuál es Anorexia?*

El Anorexia es un desorden el comer donde la gente se muere de hambre. El Anorexia comienza generalmente en la gente joven alrededor del inicio de la pubertad. Los individuos que sufren de anorexia tienen pérdida extrema del peso. La pérdida del peso es generalmente el 15% debajo del peso corporal normal de la persona. La gente que sufre de anorexia es muy flaca pero se convence que ella es gorda. La pérdida del peso es obtenida por muchas maneras. Algunas de las técnicas comunes usadas son el ejercicio excesivo, producto de laxantes y de no comer.

Anorexias tiene un miedo intenso de convertirse gordo. Sus hábitos que adietan se convierten de este miedo. El Anorexia afecta principalmente a muchachas adolescentes.

La gente con anorexia continúa pensando que ella es gorda incluso después ella haga extremadamente fina, es muerte muy enferma o cercana. Ella desarrollará a menudo hábitos extraños el comer tales como rechazo comer delante de la gente. Los individuos prepararán a veces las comidas grandes para otras mientras que rechazan comer cualquiera de ella.

El desorden se piensa para ser el más común entre la gente de clases socioeconómicas más altas y la gente implicada en las actividades sobre donde el thinness se mira especialmente, por ejemplo bailar, teatro, y el funcionamiento de la distancia.

### *Un miembro de la familia tiene un desorden el comer*

Si tienes un miembro de la familia que con un desorden el comer, ellos

necesiten muchos de ayuda. Sugerir que tu miembro de la familia considere a experto del desorden que come. Estar preparado para la negación, la resistencia, e incluso la cólera. Un doctor y/o un consejero pueden ayudaros a luchar su desorden el comer.

### *¿Síntomas del Anorexia?*

Hay muchos síntomas para el anorexia, algunos individuos puede no experimentar todos los ellos los síntomas. Los síntomas incluyen: Peso corporal que es contrario con la edad, la estructura y la altura (el generalmente 15% debajo de peso normal).

### *Un cierto otro síntoma es:*

Pérdida por lo menos de 3 períodos menstruales consecutivos (en mujeres). No deseando o no rechazando comer en público.

Otros síntomas son: ansiedad, debilidad, piel frágil, shortness de la respiración, obsessiveness sobre producto de la caloría

### *¿Consecuencias médicas del anorexia?*

Hay muchos riesgos médicos asociados a anorexia. Incluyen: huesos contraídos, pérdida mineral, temperatura del cuerpo baja, latido del corazón irregular, falta permanente del crecimiento normal, desarrollo de la osteoporosis y nervosa del bulimia.

El uso continuado de laxantes es dañoso al cuerpo. Usa hacia fuera el músculo del intestino y lo hace disminuir en la función. Algunos laxantes

contienen las sustancias ásperas que se pueden reabsorbar en tu sistema.

### *Anorexia y embarazo*

Para tener un niño sano, la mujer embarazada media debe ganar entre 25 y 35 libras. Decir esto a una persona con anorexia es como decir a una persona normal ganar 100 libras. Si eres anoréxica, puedes tener apuro que concibe a un bebé y que lo lleva para llamar. Los ciclos menstruales irregulares y los huesos débiles hacen más difícil de concebir. Si eres de peso insuficiente y no comes la variedad apropiada de alimentos, tú y tu bebé podrían estar en peligro.

Las mujeres con desórdenes el comer tienen índices más altos de abortos y tu bebé pudo nacer prematuramente que los pone a riesgo para muchos problemas médicos.

Todas las mujeres embarazadas deben recibir cuidado prenatal apropiado. Esos que se recuperan de cuidado especial de la necesidad de la anorexia o del bulimia. Debes siempre tomar tus vitaminas prenatales y tener visitas prenatales regulares. No debes ejercitar a menos que tu doctor diga es aceptable y es una buena idea alistar en una clase prenatal del ejercicio para ser seguro que no overexerting.

### *Anorexia en las noticias*

Anorexia y envejecimiento. El Anorexia puede ser una enfermedad seria para los viejos hombres. Leer más

¿Buenas noticias?

El Anorexia puede ser superado.

Con cuidado apropiado, puedes superar tu desorden el comer y tener un niño sano.

### *Estadística*

Un por ciento de muchachas adolescentes en los E.E.U.U. desarrolla nervosa del anorexia y el hasta 10% de éstos pueden morir consecuentemente. ¿Diferencia entre el anorexia y el bulimia?

La diferencia más grande entre la anorexia y el bulimia es que la gente que sufre de bulimia come cantidades grandes de alimento y después las lanza para arriba. Se llama esto va de borrachera y purga. Anorexics no come cantidades grandes y no las lanza para arriba.

### *Segundo artículo*

What is anorexia?

What causes it?

What are signs of anorexia?

What happens to your body with anorexia?

Can someone with anorexia get better?

Can women who had anorexia in the past still get pregnant?

Can anorexia hurt a baby when the mother is pregnant?

What should I do if I think someone I know has anorexia?

See also:

Binge eating disorder

Bulimia



It was 6 months ago when I realized my daughter, Jen, had an eating disorder. Jen has always been a picky eater. But I started to see that she moved food around her plate. And she never ate very much. She exercised all the time – even when she was sick. And she was sick a lot. She became very skinny and pale. Her hair was thinning. Jen was moody and seemed sad. I thought that's what teens act like. But once I put the signs together, I talked to Jen about the disorder, anorexia. She denied the problem. But I knew she needed help. I took her to our doctor, and she asked me to put Jen in the hospital. It's been a tough road since then for all of us. But Jen is back home now. She is still seeing her doctors, and may need help for some time. But she is doing much better.

#### *What is anorexia?*

Anorexia (a-neh-RECK-see ah) nervosa, typically called anorexia, is a type of eating disorder that mainly affects girls and young women. A person with this disorder has an intense fear of gaining weight and limits the food she eats. She has a low body weight, refuses to keep a normal body weight, is extremely afraid of becoming fat, believes she is fat even when she's very thin, misses three menstrual periods in a row—for girls/women who have started having their periods.

#### *What causes it?*

Anorexia is more than just a problem with food. It's a way of using food or starving oneself to feel more in control of her life and to ease tension, anger, and anxiety. While there is no single known cause of anorexia, several things may contribute to the development of the disorder:

**Biology.** Several biological factors, including genetics and other related hormones, may contribute to the onset of the disorder.

**Culture.** Some cultures in the U.S. have an ideal of extreme thinness. Women may define themselves on how beautiful they are.

**Personal feelings.** Someone with anorexia may feel badly about herself, feel helpless, and hate the way she looks. She has unrealistic expectations of herself and strives for perfection. She feels worthless, despite achievements and perceives a social pressure to be thin.

**Stressful events or life changes.** Things like starting a new school or job or being teased to traumatic events like rape can lead to the onset of anorexia. **Families.** People with a mother or sister with anorexia are more likely to develop the disorder. Parents, who think appearance is very important, diet themselves. And criticize their children's bodies are more likely to have a child with anorexia.

*What are signs of anorexia?*

A person with anorexia will have many of these signs:

Looks a lot thinner

Uses extreme measures to lose weight

makes herself throw up

Takes pills to urinate or have a bowel movement (BM)

takes diet pills

Doesn't eat or follows a strict diet exercises a lot

Weighs food and counts calories moves food around the plate; doesn't eat it has a distorted body image

Thinks she's fat when she's too thin wears baggy clothes to hide appearance fears gaining weight

weighs herself many times a day

Acts differently

Talks about weight and food ah the time won't eat in front of others acts moody or depressed doesn't socialize.

*What happens to your body with anorexia?*

The body doesn't get the energy from foods that it needs. so it slows down.

Look at the picture to find out how anorexia affects your health.

Click here for a text version of the information in this diagram

*Can someone with anorexia get better?*

Yes. People with this disorder can get better. The treatment depends on what the person needs. The person must get back to a healthy weight. Many times, eating disorders happen with other problems, like depression and anxiety problems. These problems are treated along with the anorexia and may involve medicines that help reduce feelings of depression and anxiety.

With outpatient care, the patient goes to the hospital during the day for treatment, but lives at home. Sometimes, the patient goes to a hospital and stays there for treatment. Different types of health care providers, like doctors, nutritionists, and therapists, will help the patient get better. These providers will help the patient regain the weight, improve physical health and nutrition, learn healthy eating patterns, and cope with thoughts and feelings related to the disorder. After leaving the hospital, the patient continues to get help from their providers. Individual counseling can also help someone with anorexia. Counseling may involve the whole family too, especially if the patient is young. Support groups may also be a part of treatment. Support groups help patients and families talk about their experiences and help each other get better.

*Can women who had anorexia in the past still get pregnant?*

It depends. Women who have fully recovered from anorexia have a better chance of getting pregnant. While a woman has active anorexia, she does not get her usual period and doesn't normally ovulate, so it would be harden to get pregnant. However, she may get pregnant as she regains weight because her reproductive system is getting back to normal. After they gain back some weight, some women may skip or miss their periods, which can cause problems getting pregnant. If this happens, a woman should see her doctor.

*Can anorexia hurt a baby when the mother is pregnant?*

If a woman with active anorexia gets pregnant, the baby and mother can be affected. The baby is more likely to be born at a low weight and born early. The mother is more likely to have a miscarriage, deliver by C-section, and have depression after the baby is born.

*What should I do if I think someone I know has anorexia?*

If you know someone like Jen, you can help. Follow these steps from the National Eating Disorders Association:

Set a time to talk. Set aside a time to privately talk about your concerns with your friend. Be open and honest. Make sure you talk in a place away from distractions.

Tell your friend about your concerns. Tell your friend about specific times when you were worried about her eating or exercise behaviors. Explain that you think these things may show a problem that needs professional help.

Ask your friend talk about these concerns. She could talk to a counselor or Doctor who knows about eating issues. If you feel comfortable, offer to help your friend make an appointment or go with her to her appointment. Avoid conflicts or a battle of the wills with your friend. If your friend doesn't admit to a problem, repeat your feelings and give reasons for them. Be a supportive listener.

Don't place shame, blame, or guilt on your friend. Do not use accusatory "you" statements like, "You just need to eat." Or, "You are acting irresponsibly." Instead, use "I" statements like, "I'm concerned about you because you refuse to eat breakfast or lunch." Or, "It makes me afraid to hear you vomiting."

Avoid giving simple solutions. Don't say, "If you'd just stop. Then everything would be fine!"

Express your continued support. Remind your friend that you care and want her to be healthy and happy.

#### *Traducción del segundo artículo*

Cuál es anorexia?

¿Qué causas él?

Cuáles son muestras del anorexia?

¿Qué sucede a tu cuerpo con anorexia?

¿Puede alguien con anorexia conseguir mejor?

¿Pueden las mujeres que tenía anorexia en el pasado alambique conseguir Embarazadas?

¿Puede el anorexia lastimar a un bebé cuando la madre es embarazada?

¿Qué debo hacer si pienso que alguien que sé tiene anorexia?

*Ver también:*

Ir de borrachera comiendo desorden

### *Bulimia*

1 Ira hace 6 meses cuando realicé a mi hija, Jen. tenía un desorden el comer. Jen la sido siempre un comedor picky. Pero comencé a ver que ella movió el alimento alrededor de su placa. Y ella nunca comió mucho. Ella ejercitó toda la hora - aun cuando ella era enferma. Y ella era enferma mucho. Ella hizo muy llaca y pálida. Su pelo enrarecía. Jen era cambiante y parecido triste - 1 pensó que es como lo que actúan las adolescencias. Pero una vez que pusiera las muestras juntas, hablé con Jen sobre el desorden, anorexia. Ella negó el problema. Pero sabía que ella necesitó ayuda. La llevé a nuestro doctor, y ella pidió que pusiera Jen en el hospital. Ha sido un camino resistente desde entonces - para todos nosotros. Pero Jen es detrás casero ahora. Ella todavía está viendo a sus doctores, y puede necesita la ayuda por una cierta hora. Pero calla está haciendo mucho mejor

### *¿Cuál es anorexia?*

El nervosa del Anorexia (uno-neh-RECK-ver ah), típicamente llamado anorexia, es un tipo de desorden el comer que afecte principalmente a muchachas y a mujeres jóvenes. Una persona con este desorden tiene un miedo intenso de ganar el peso y limita el alimento que ella come. Ella tiene un peso corporal bajo rechaza guardar un peso corporal normal está extremadamente asustado de llegar a ser gordo cree que ella es gorda aun cuando ella está muy delgadamente falta tres períodos (menstruales) en a fila- para las muchachas/las mujeres que han comenzado a tener sus períodos.

### *¿Qué causas él?*

El Anorexia es más que apenas un problema con el alimento. Es una manera de usar el alimento o de morir de hambre para sentir más en control de su vida y rara facilitar la tensión, la cólera, y la ansiedad. Mientras que no hay causa sabida del anorexia, varias cosas pueden contribuir al desarrollo del desorden:

**Biología.** Varios factores biológicos, incluyendo genética y otras hormonas relacionadas, pueden contribuir en el inicio el desorden.

**Cultura.** Algunas culturas en los E.E.U.U. tienen un ideal del thinness extremo. 1 as mujeres pueden definirse en cómo es hermoso son.

**Sensaciones personales.** Alguien con anorexia puede sentirse mal sobre se, sentirse desamparado, y odiar la manera que ella mira. Ella tiene expectativas poco realistas de se y se esfuerza para la perfección. Ella se siente sin valor, a pesar de logros y percibe una presión social de ser fina.

**Acontecimientos o cambios agotadores de la vida.** Las cosas como comenzar una nueva escuela o trabajo o siendo embromado a los acontecimientos traumáticos como la violación pueden conducir al inicio del anorexia.

**Familias.** La gente con una madre o una hermana con anorexia es más probable desarrollar el desorden. Los padres que piensan aspecto son muy importantes, se adietan. y critican a cuerpos de sus niños son más probables tener un niño con anorexia.

*Cuáles son muestras del anorexia?*

Una persona con anorexia tendrá muchas de estas muestras:

*Miradas mucho más finas*

Utiliza medidas extremas de perder el peso tiro de las marcas misma para arriba las píldoras de las tomas al urinate o tienen un movimiento de intestino (el BM) píldoras de la dieta de las tomas no come ni sigue una dieta terminante ejercicios mucho pesa el alimento y cuenta calorías mueve el alimento alrededor de la placa; no la come Tiene una imagen torcida del cuerpo piensa que ella es gorda cuando ella es demasiado fina usa las ropas holgadas para ocultar aspecto miedos que ganan el peso se pesa muchas veces al día Actos diferentemente

Habla del peso y del alimento toda la hora no comerá delante de otros actos cambiantes o presionados no socializa

*Qué sucede a tu cuerpo con anorexia?*

El cuerpo no consigue la energía de los alimentos que necesita, así que retrasa. Mirar el cuadro para descubrir cómo el anorexia afecta tu salud. Chascár aquí para una versión del texto de la información en este diagrama.

*¿Puede alguien con anorexia conseguir mejor?*

Sí. La gente con este desorden puede conseguir mejor. El tratamiento depende e lo que necesita la persona. La persona debe conseguir de nuevo a un peso sano. Muchas veces, comiendo desórdenes suceden con otros problemas, como problemas de la depresión y de la ansiedad. Estos problemas se tratan junto con el anorexia y pueden implicar las medicinas que ayudan a reducir sensaciones de la depresión y de la ansiedad.

Con cuidado del paciente no internado, el paciente va al hospital durante

el día para el tratamiento, pero vive en el país. A veces, el paciente va a un hospital y permanece allí para el tratamiento. Diversos tipos de abastecedores del cuidado médico, como doctores, nutricionistas, y los therapists, ayudarán al paciente a conseguir mejor. Estos abastecedores ayudarán al recobro paciente el peso, mejorarán salud y la nutrición física, aprenderán patrones sanos el comer, y harán frente a los pensamientos y a las sensaciones relacionadas con el desorden. Después de salir del hospital, el paciente continúa consiguiendo ayuda de sus abastecedores. El asesoramiento del individuo puede también ayudar alguien con anorexia. El asesoramiento puede implicar a la familia entera también, especialmente si el paciente es joven. Los grupos de ayuda pueden también ser una parte del tratamiento. Los grupos de ayuda ayudan a pacientes y a las familias a hablar de sus experiencias y a ayudarse a conseguir mejor.

¿Pueden las mujeres que tenía anorexia en el pasado alambique conseguir Embarazadas?

Depende. Las mujeres que se han recuperado completamente de anorexia tienen una ocasión mejor de conseguir embarazada. Mientras que una mujer tiene anorexia activo, ella no consigue su período generalmente y no normalmente ovulate, así que sería más duro conseguir embarazado. Sin embargo, ella puede conseguir embarazada mientras que ella recupera el peso porque su sistema reproductivo está consiguiendo de nuevo a normal. Después de que ganen detrás un cierto peso, algunas mujeres pueden saltar o faltar sus períodos, que pueden causar los problemas que consiguen embarazados. Si sucede esto, una mujer debe ver a su doctor.

Puede el anorexia lastimar a un bebé cuando la madre es embarazada?

Sí una mujer con anorexia activo consigue embarazada, el bebé y la

madre pueden ser afectados. El bebé es más probable nacer en un peso bajo y nacer temprano. La madre es más probable tener un aborto, entregar por la C-sección, tener depresión después del bebé se lleva.

¿Qué debo hacer si pienso que alguien que sé tiene anorexia?

Si sabes a alguien como Jen, puedes ayudar. Seguir estos pasos de la asociación nacional de los desórdenes el comer:

Fijar una época de hablar. Poner una época a un lado de hablar privado de tus preocupaciones con tu amigo. Ser abierto y honesto. Te cercioras de charla en un lugar lejos de distracciones.

Decir a tu amigo sobre tus preocupaciones. Decir a tu amigo sobre los momentos específico en que fuiste preocupado de sus comportamientos el comer o del ejercicio. Explicar que piensas que estas cosas pueden demostrar un problema que necesite ayuda profesional.

Preguntar a tus amigos hablan de estas preocupaciones. Ella podría hablar con un consejero o un doctor que sabe sobre comer ediciones. Si te sientes cómodo, oferta para ayudar a tu amigo a concertar una cita o a ir con ella a su cita.

Evitar conflictos o una batalla de las voluntades con tu amigo. Si tu amigo no admite a un problema, repetir tus sensaciones y las razones de ellas. Ser un oyente de apoyo.

No poner la vergüenza, la culpa, o la culpabilidad en tu amigo. No utilizarte acusatorio "" las declaraciones como, "tú necesidad justa de comer." O, "estás actuando irresponsable." En lugar, las declaraciones del uso "1" tienen gusto, "me refiero sobre ti porque rechazas comer el desayuno o el almuerzo."



O, "me hace asustado oírte el vomitar."

Evitar de dar soluciones simples. No decir, "si acaba de parar, después todo sería fino!"

Expresar tu ayuda continuada. Recordar a tu amigo que cuidas y quisieras que ella fuera sana y feliz.

# CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES IBT

**Frank Marengo Better**  
*Psicólogo-Clinico*

Este es un cuestionario de cómo usted cree o siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta debe encerrar en un círculo de un número de la columna de la derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar lo que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta "3" tanto como le sea posible. Sólo utilice este número si Ud. realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

1. Muy de acuerdo.

2. Moderadamente de acuerdo.

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. Moderadamente en desacuerdo.

5. Muy en desacuerdo.

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Es importante para mí que otros me aprueben.....  | 1 2 3 4 5° |
| 2. Odio equivocarme en cualquier cosa.....   | 1 2 3 4 5° |
| 3. Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen.....                                  | 1 2 3 4 5° |
| 4. Generalmente acepto lo que pasa.....  | 1 2 3 4 5  |
| 5. Si alguien quiere puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias.....                         | 1 2 3 4 5  |
| 6. Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarte.....   | 1 2 3 4 5° |
| 7. Todos necesitamos de alguien para depender.....   | 1 2 3 4 5° |
| 8. "Una cebra no puede cambiar sus rayas".....   | 1 2 3 4 5° |
| 9. Hay una forma correcta de hacer todas las cosas.....  | 1 2 3 4 5° |
| 11. Me gusta el respeto de otros, pero yo no tengo que tenerlo.....                                  | 1 2 3 4 5° |
| 12. Evito las cosas que no puedo hacer.....  | 1 2 3 4 5° |
| 13. Aquellos que obran mal deben ser sancionados.....  | 1 2 3 4 5° |
| 14. Las frustraciones no me afligen.....   | 1 2 3 4 5  |
| 15. Yo creo en mi propio estado de ánimo.....  | 1 2 3 4 5  |
| 16. Siento poca ansiedad por cosas peligrosas.....   | 1 2 3 4 5° |
| 17. Cuando debo tomar decisiones importantes trato de consultar con alguna autoridad en el tema..... | 1 2 3 4 5  |
| 18. Es casi imposible superar la influencia del pasado.....  | 1 2 3 4 5° |
| 19. No hay una solución perfecta para nada.....  | 1 2 3 4 5  |

21. Quiero agradecerle a todas las personas..... 1 2 3 4 5°
22. No me importa competir en actividades donde otros son mejores que y..... 1 2 3 4 5
23. La inmoralidad debería ser fuertemente castigada..... 1 2 3 4 5°
24. Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan..... 1 2 3 4 5°
25. La gente que es infeliz es, así porque generalmente ellos mismos se lo buscan.. 1 2 3 4 5
26. En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan..... 1 2 3 4 5°
27. La gente necesita de algo externo que les de fuerza..... 1 2 3 4 5°
28. Sí yo hubiera tenido experiencias diferentes, sería más como yo quiero ser..... 1 2 3 4 5°
29. Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida..... 1 2 3 4 5
31. Puedo gustarme a mi mismo aunque a muchos yo no les guste..... 1 2 3 4 5
32. Me gustaría tener éxito pero no siento que debo esforzarme para ello o que "tenga que" hacerlo..... 1 2 3 4 5
33. Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad..... 1 2 3 4 5
34. Generalmente acepto las cosas como son, inclusive si no me gustan..... 1 2 3 4 5
35. Depende de uno mismo el tiempo que dure un estado de ánimo desagradable..... 1 2 3 4 5
36. Rara vez estoy ansioso por el futuro..... 1 2 3 4 5
37. Hay ciertas personas de quien dependo enormemente..... 1 2 3 4 5°
38. Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora..... 1 2 3 4 5
39. Algunos problemas siempre estarán con nosotros..... 1 2 3 4 5°
41. Aunque me gustaría la aprobación no es una necesidad real para mi..... 1 2 3 4 5
42. Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo..... 1 2 3 4 5°
43. Todas las personas son fundamentalmente buenas..... 1 2 3 4 5
44. Si las cosas me molestan generalmente las ignoro..... 1 2 3 4 5
45. Cuantos problemas tenga una persona menos feliz será..... 1 2 3 4 5°
46. Me preocupo demasiado por ciertas cosas del futuro..... 1 2 3 4 5°
47. Yo soy el único que puede entender y enfrentar mis problemas..... 1 2 3 4 5
48. Somos esclavos de nuestra historia personal..... 1 2 3 4 5°
49. Vivimos en un mundo de azar y probabilidad..... 1 2 3 4 5
51. Me preocupo con frecuencia sobre cuanta gente me aprueba..... 1 2 3 4 5°
52. Me molesta cometer errores..... 1 2 3 4 5°
53. No es justo que "llueva sobre justos e injustos"..... 1 2 3 4 5°
54. Hago lo que puedo hacer para conseguir lo que quiero y por eso no suelo preocuparme..... 1 2 3 4 5
55. Nada es deprimente por si mismo, depende de como lo interpretes..... 1 2 3 4 5
56. Algunas veces no puedo liberar temores de mi mente..... 1 2 3 4 5°
57. Me disgusta que otros tomen decisiones por mi..... 1 2 3 4 5
58. Una vez que algo te haya afectado en la vida, siempre lo hará..... 1 2 3 4 5°

59. Rara vez hay una solución ideal para cada cosa..... 1 2 3 4 5
61. Me interesa bastante lo que la gente siente por mi..... 1 2 3 4 5°
62. Suelo incomodarme bastante por cosas pequeñas..... 1 2 3 4 5°
63. Generalmente doy a quien me agrada una segunda oportunidad..... 1 2 3 4 5
64. Soy bastante calmado para enfrentar la vida..... 1 2 3 4 5
65. Nunca hay una razón para estar preocupado mucho tiempo..... 1 2 3 4 5
66. Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra..... 1 2 3 4 5
67. Me gusta tener que depender de otros..... 1 2 3 4 5
68. La gente fundamentalmente nunca cambia..... 1 2 3 4 5°
69. Es mejor buscar una solución práctica que una solución perfecta..... 1 2 3 4 5
71. Es molesto pero no deprimente ser criticado..... 1 2 3 4 5
72. No temo hacer cosas que no puedo hacer bien..... 1 2 3 4 5\*
73. Nadie es malo, aún cuando sus actos lo sean..... 1 2 3 4 5
74. Rara vez me inquietan los errores de los otros..... 1 2 3 4 5
75. Los hombres hacen su propio infierno, con ellos dentro..... 1 2 3 4 5
76. Con frecuencia pienso qué haría yo en situaciones de peligro..... 1 2 3 4 5°
77. He aprendido a no esperar que alguien (distinto de mi) se preocupe  
por mi bienestar..... 1 2 3 4 5
78. No miro el pasado con ningún remordimiento..... 1 2 3 4 5°
79. No hay nada que se aproxime a lo ideal..... 1 2 3 4 5

Fecha: 1.\_\_\_\_  
2.\_\_\_\_

Nombre: 3.\_\_\_\_  
4.\_\_\_\_

Edad: 5.\_\_\_\_  
6.\_\_\_\_

Dirección: 7.\_\_\_\_  
8.\_\_\_\_

Teléfono: 9.\_\_\_\_

**TABLA Nº 1**

**RESULTADOS APLICACIÓN DEL TEST I.B.T.**

<b>SUJETOS CREENCIAS IRR/</b>	<b>Nº1</b>	<b>Nº2</b>	<b>Nº 3</b>	<b>Nº4</b>	<b>Nº 5</b>	<b>Nº6</b>	<b>Nº 7</b>	<b>Nº 8</b>	<b>Nº 9</b>	<b>Nº 10</b>
Necesidad Aprobación	26	25	26	30	22	22	19	20	19	30
Autoexigencia	21	33	26	27	20	25	19	27	26	32
Culpar a otros	21	27	22	25	28	30	30	27	29	34
Reacción a la Frustración	12	35	32	30	16	23	26	17	23	30
Irresponsabilidad Emocio.	15	17	24	25	20	16	19	18	18	25
Andiedad x preocupación	28	37	34	36	19	23	20	18	24	29
Dependencia	25	27	28	27	17	23	28	15	23	16
Influencia del pasado	28	23	23	28	19	24	25	20	28	27
Perfeccionismo	24	15	23	23	25	25	28	28	24	27

**Observaciones:** Esta información corresponde a la suma de los 79 Items del test. Ejemplos:

1,11,21,31,41,51,61,71. Dan respuesta a la Necesidad de Aprobación

2,12,22,32,42,52,62,72. Dan respuesta a la Autoexigencia.

3,13,23,33,43,53,63,73. Dan respuesta a Culpar a otros.

4,14,24,34,44,54,64,74. Dan respuesta a Reacción a la Frustración.

5,15,25,35,45,55,65,75. Dan respuesta a Irresponsabilidad Emocional.

6,16,26,36,46,56,66,76. Dan respuesta a Ansiedad Por preocupación.

7,17,27,37,47,57,67,77. Dan respuesta a Dependencia.

8,18,28,38,48,58,68,78. Dan respuesta a Influencia del pasado.

9,19,29,39,49,59,69,79. Dan respuesta a Perfeccionismo

**PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES EN LA POBLACION NORMAL**

**TABLA Nº 2**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +
<b>Nec. De Aprobación</b>	4	<b>22.78</b>	4
<b>Autoexigencia</b>	4.32	<b>25.18</b>	4.32
<b>Culpar a otros</b>	4.23	<b>27.37</b>	4.23
<b>Reacción a la Frust</b>	5.06	<b>23.70</b>	5.06
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	4.56	<b>18.35</b>	4.56
<b>Ansiedad por preocupación</b>	4.86	<b>27.01</b>	4.86
<b>Dependencia</b>	4.73	<b>24.07</b>	4.73
<b>Influencia del pasado</b>	4.54	<b>23.08</b>	4.54
<b>Perfeccionismo</b>	3.83	<b>26.51</b>	3.83

**RESULTADOS POR SUJETO**

**SUJETO NO 1**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/N +	I.B.T.	NIVEL
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>26</b>	NORMAL
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>21</b>	NORMAL
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>21</b>	BAJO
<b>Reacción a la Frust</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>12</b>	BAJO
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>15</b>	NORMAL
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.15	<b>27.01</b>	31.86	<b>28</b>	NORMAL
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>25</b>	NORMAL
<b>Influencia del pasado</b>	18.54	<b>23.08</b>	27.62	<b>28</b>	ALTO
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>24</b>	NORMAL

**SUJETO NO 2**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +	TEST	NIVEL
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>25</b>	NORMAL
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>33</b>	ALTO
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>27</b>	NORMAL
<b>Reacción a la Frust</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>35</b>	ALTO
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>17</b>	NORMAL
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>37</b>	ALTO
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>27</b>	NORMAL
<b>Influencia del pasado</b>	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>23</b>	NORMAL
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>15</b>	BAJO

**PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES EN LA POBLACION NORMAL**

**TABLA Nº 2**

<b>CREENCIAS</b>	<b>DESV/ON -</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV/ON +</b>
<b>Nec. De Aprobación</b>	4	<b>22.78</b>	4
<b>Autoexigencia</b>	4.32	<b>25.18</b>	4.32
<b>Culpar a otros</b>	4.23	<b>27.37</b>	4.23
<b>Reacción a la Frust</b>	5.06	<b>23.70</b>	5.06
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	4.56	<b>18.35</b>	4.56
<b>Ansiedad por preocupación</b>	4.86	<b>27.01</b>	4.86
<b>Dependencia</b>	4.73	<b>24.07</b>	4.73
<b>Influencia del pasado</b>	4.54	<b>23.08</b>	4.54
<b>Perfeccionismo</b>	3.83	<b>26.51</b>	3.83

**SUJETO NO 3**

<b>CREENCIAS</b>	<b>DESV/ON -</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV/ON +</b>	<b>I.B.T</b>	<b>NIVEL</b>
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>26</b>	NORMAL
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>26</b>	NORMAL
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>22</b>	NORMAL
<b>Reacción a la Frust</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>32</b>	ALTO
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>24</b>	ALTO
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>34</b>	ALTO
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>28</b>	NORMAL
<b>Influencia del pasado</b>	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>23</b>	NORMAL
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>23</b>	NORMAL

**SUJETO NO 4**

<b>CREENCIAS</b>	<b>DESV/ON -</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV/ON +</b>	<b>I.B.T</b>	<b>NIVEL</b>
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>30</b>	ALTO
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>27</b>	NORMAL
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>25</b>	NORMAL
<b>Reacción a la Frust</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>30</b>	ALTO
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>25</b>	ALTO
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>36</b>	ALTO
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>27</b>	NORMAL
<b>Influencia del pasado</b>	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>28</b>	ALTO
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>23</b>	NORMAL

**PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES EN LA POBLACION NORMAL**

**TABLA Nº 2**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +
<b>Nec. De Aprobación</b>	4	<b>22.78</b>	4
<b>Autoexigencia</b>	4.32	<b>25.18</b>	4.32
<b>Culpar a otros</b>	4.23	<b>27.37</b>	4.23
<b>Reacción a la Frust</b>	5.06	<b>23.70</b>	5.06
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	4.56	<b>18.35</b>	4.56
<b>Ansiedad por preocupación</b>	4.86	<b>27.01</b>	4.86
<b>Dependencia</b>	4.73	<b>24.07</b>	4.73
<b>Influencia del pasado</b>	4.54	<b>23.08</b>	4.54
<b>Perfeccionismo</b>	3.83	<b>26.51</b>	3.83

**SUJETO NO 5**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +	I.B.T	NIVEL
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>22</b>	NORMAL
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>20</b>	NORMAL
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>28</b>	NORMAL
<b>Reacción a la Frust</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>16</b>	BAJO
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>20</b>	NORMAL
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>19</b>	BAJO
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>17</b>	BAJO
<b>Influencia del pasado</b>	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>19</b>	NORMAL
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>25</b>	NORMAL

**SUJETO NO 6**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +	I.B.T	NIVEL
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>22</b>	NORMAL
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>25</b>	NORMAL
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>30</b>	NORMAL
<b>Reacción a la Frust</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>23</b>	NORMAL
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>16</b>	NORMAL
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>23</b>	NORMAL
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>23</b>	NORMAL
<b>Influencia del pasado</b>	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>24</b>	NORMAL
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>25</b>	NORMAL

**PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES EN LA POBLACION NORMAL**

**TABLA Nº 2**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +
Nec. De Aprobación	4	<b>22.78</b>	4
Autoexigencia	4.32	<b>25.18</b>	4.32
Culpar a otros	4.23	<b>27.37</b>	4.23
Reacción a la Frustración	5.06	<b>23.70</b>	5.06
Irresponsabilidad Emocional	4.56	<b>18.35</b>	4.56
Ansiedad por preocupación	4.86	<b>27.01</b>	4.86
Dependencia	4.73	<b>24.07</b>	4.73
Influencia del pasado	4.54	<b>23.08</b>	4.54
Perfeccionismo	3.83	<b>26.51</b>	3.83

**SUJETO NO 7**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +	I.B.T	NIVEL
Nec. De Aprobación	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>19</b>	NORMAL
Autoexigencia	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>19</b>	NORMAL
Culpar a otros	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>30</b>	NORMAL
Reacción a la Frustración	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>26</b>	NORMAL
Irresponsabilidad Emocional	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>19</b>	NORMAL
Ansiedad por preocupación	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>20</b>	NORMAL
Dependencia	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>28</b>	NORMAL
Influencia del pasado	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>25</b>	NORMAL
Perfeccionismo	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>28</b>	NORMAL

**SUJETO NO 8**

CREENCIAS	DESVIACION -	MEDIA	DESV/ON +	TEST	NIVEL
Nec. De Aprobación	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>20</b>	NORMAL
Autoexigencia	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>27</b>	NORMAL
Culpar a otros	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>27</b>	NORMAL
Reacción a la Frustración	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>17</b>	BAJO
Irresponsabilidad Emocional	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>18</b>	NORMAL
Ansiedad por preocupación	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>18</b>	NORMAL
Dependencia	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>15</b>	BAJO
Influencia del pasado	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>20</b>	NORMAL
Perfeccionismo	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>28</b>	NORMAL

**PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES EN LA POBLACION NORMAL**

**TABLA Nº 2**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +
<b>Nec. De Aprobación</b>	4	<b>22.78</b>	4
<b>Autoexigencia</b>	4.32	<b>25.18</b>	4.32
<b>Culpar a otros</b>	4.23	<b>27.37</b>	4.23
<b>Reacción a la Frustración</b>	5.06	<b>23.70</b>	5.06
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	4.56	<b>18.35</b>	4.56
<b>Ansiedad por preocupación</b>	4.86	<b>27.01</b>	4.86
<b>Dependencia</b>	4.73	<b>24.07</b>	4.73
<b>Influencia del pasado</b>	4.54	<b>23.08</b>	4.54
<b>Perfeccionismo</b>	3.83	<b>26.51</b>	3.83

**SUJETO NO 9**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESVIACION +	I.B.T	NIVEL
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>19</b>	NORMAL
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>26</b>	NORMAL
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>29</b>	NORMAL
<b>Reacción a la Frustración</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>23</b>	NORMAL
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>18</b>	NORMAL
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>24</b>	NORMAL
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>23</b>	NORMAL
<b>Influencia del pasado</b>	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>28</b>	NORMAL
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>24</b>	NORMAL

**SUJETO NO 10**

CREENCIAS	DESV/ON -	MEDIA	DESV/ON +	I.B.T	NIVEL
<b>Nec. De Aprobación</b>	18.78	<b>22.78</b>	26.78	<b>30</b>	ALTO
<b>Autoexigencia</b>	20.86	<b>25.18</b>	29.5	<b>32</b>	ALTO
<b>Culpar a otros</b>	23.14	<b>27.37</b>	31.6	<b>34</b>	ALTO
<b>Reacción a la Frustración</b>	18.64	<b>23.70</b>	28.76	<b>30</b>	ALTO
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	13.79	<b>18.35</b>	22.91	<b>25</b>	ALTO
<b>Ansiedad por preocupación</b>	22.24	<b>27.01</b>	31.87	<b>29</b>	NORMAL
<b>Dependencia</b>	19.34	<b>24.07</b>	28.8	<b>16</b>	BAJO
<b>Influencia del pasado</b>	19.26	<b>23.08</b>	27.62	<b>27</b>	NORMAL
<b>Perfeccionismo</b>	22.68	<b>26.51</b>	30.34	<b>27</b>	NORMAL

**PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES EN LA POBLACION NORMAL**

**TABLA Nº 2**

<b>CREENCIAS</b>	<b>DESV/ON -</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV/ON +</b>
<b>Nec. De Aprobación</b>	4	<b>22.78</b>	4
<b>Autoexigencia</b>	4.32	<b>25.18</b>	4.32
<b>Culpar a otros</b>	4.23	<b>27.37</b>	4.23
<b>Reacción a la Frustración</b>	5.06	<b>23.70</b>	5.06
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	4.56	<b>18.35</b>	4.56
<b>Ansiedad por preocupación</b>	4.86	<b>27.01</b>	4.86
<b>Dependencia</b>	4.73	<b>24.07</b>	4.73
<b>Influencia del pasado</b>	4.54	<b>23.08</b>	4.54
<b>Perfeccionismo</b>	3.83	<b>26.51</b>	3.83

**RESULTADOS SEGUN NIVELES (BAJO-NORMAL-ALTO)**

<b>CREENCIAS</b>	<b>BAJO</b>	<b>NORMAL</b>	<b>ALTO</b>	<b>Nº SUJ.</b>
<b>Nec. De Aprobación</b>	0	8	2	10
<b>Autoexigencia</b>	0	8	2	10
<b>Culpar a otros</b>	1	8	1	10
<b>Reacción a la Frustración</b>	3	3	4	10
<b>Irresponsabilidad Emocional</b>	0	7	3	10
<b>Ansiedad por preocupación</b>	1	6	3	10
<b>Dependencia</b>	3	7	0	10
<b>Influencia del pasado</b>	0	8	2	10
<b>Perfeccionismo</b>	1	9	0	10

**TABLA Nº 3**  
**PRESENCIA DE CREENCIAS SEGÚN EL NIVEL Y SUJETOS**

<b>NIVEL ALTO</b>	<b>SUJETOS</b>	<b>Total Sujetos</b>
Necesidad de aprobación	No 4 ,10.	2
Autoexigencia	No 2,10.	3
Reacción a la Frustración	No 2,3,4,10.	4
Irresponsabilidad Emocional	No 3, 4,5	2
Ansiedad por preocupación	No 2,3,4.	3
Influencia del pasado	No 1, 4	2

  

<b>NIVEL BAJO</b>	<b>SUJETOS</b>	<b>Total Sujetos</b>
Culpar a otros	No 1.	1
Reacción a la Frustración	No 1,5,8.	3
Perfeccionismo	No 2.	1
Ansiedad por preocupación	No 5.	1
Dependencia	No 5, 8,10	3

**RESULTADOS:**

De 10 sujetos = **100% Muestra**

De ellos 7 = **70% *Sí Presentan C. Irracionales***

Donde el 40 % están en un Nivel Alto

Donde el 30 % están en un Nivel Bajo

De ellos 3 = **30% *No Presentan C. Irracionales***



2- PERSONALIDAD

3- PSICOLOGIA SOCIAL

4- PSICOLOGIA - ANALISIS

6- PSICOLOGIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS

5- CREENCIAS IRRACIONALES