



**ABRIR TOMO I - V.1.-**

**IV. 2.- OTRAS CARACTERÍSTICAS de  
PERSONALIDAD en ANORÉXICAS  
a través del TEST *RORSCHACH*.**



Tras haber descartado la presencia de depresión como patología significativa en la muestra de anoréxicas y para ofrecer una descripción más detallada del funcionamiento psicológico de estas pacientes, se decidió (Apartado III.1.1) analizar la mayor cantidad posible de información aportada por los protocolos *Rorschach*, cuya valoración íntegra fue necesaria para dar respuesta a la hipótesis inicialmente formulada sobre presencia/ausencia de depresión. Con ello se pretendía un doble objetivo: (1) Ofrecer datos descriptivos *Rorschach* sobre la patología anoréxica, no encontrados en la revisión bibliográfica realizada; (2) Seguir las directrices propuestas por Exner (1986, 1993/1994) sobre el análisis de protocolos *Rorschach*, en lo que se refiere a los datos estructurales.

Este autor, tal y como han hecho otros sistematizadores de esta prueba, señala la necesidad de considerar el test *Rorschach* en su totalidad a la hora de interpretarlo, teniendo en cuenta configuraciones o agrupamientos de variables y absteniéndose de la interpretación de datos aislados. Todos los especialistas han insistido en señalar que, en *Rorschach*, es incorrecto sacar conclusiones a partir de un solo dato, sin relacionarlo con la constelación de variables en que aparece inscrito y con el resto del protocolo. También han alertado sobre lo inadecuada que resulta una interpretación a ciegas del test, ya que éste adquiere pleno sentido en el contexto de la historia clínica del sujeto y junto a otros tests seleccionados en función de los objetivos de cada proceso evaluativo.

El análisis de agrupamientos de variables propuesto por Exner (1986, 1993/1994), supone que el estudio de unos datos generará propuestas interpretativas o hipótesis y, lo habitual, será que las hipótesis resultantes de una determinada agrupación modifiquen o clarifiquen las hipótesis de otras constelaciones, cuya significación cabal y completa sólo se va a revelar plenamente a la luz del resto de variables del protocolo global.

Los agrupamientos de variables que se analizan a continuación, siguen el esquema

propuesto por Exner, que recoge y sintetiza Sendín en su obra (Exner y Sendín, 1995) y que, por su gran utilidad como modelo descriptivo, ha servido de base para esta parte de la investigación, aunque no se mencione específicamente en cada ocasión en que ha sido consultado y/o utilizado.

Al analizar estas constelaciones, se parte de la hipótesis de que se encontrarán diferencias significativas entre los tres grupos evaluados en cada una de ellas, a saber: (a) *Otras variables afectivas*, además de la depresión; (b) *Capacidad de control*; (c) *Autopercepción*; (d) *Relaciones interpersonales*; (e) *Funcionamiento cognitivo*. Cabe señalar que, aunque el orden de análisis de los agrupamientos fue el anteriormente mencionado, siguiendo el estudio de variables clave (Exner, 1986, 1993/1994) ante un protocolo con posibles problemas afectivos, la presentación de resultados de los agrupamientos viene determinada por la importancia de los hallazgos obtenidos. También hay que indicar que algunas variables aparecerán repetidas, a lo largo del análisis que se inicia, debido a que forman parte de distintos agrupamientos, en los que adquieren diversos matices y significados.

#### IV .2.1.- TRÍADA COGNITIVA.

El funcionamiento cognitivo del sujeto viene determinado por el **Procesamiento**, la **Mediación** de la información y la **Ideación**. Estas tres constelaciones hacen referencia a cómo el sujeto incorpora la información procedente del exterior, cómo la identifica o traduce a otros códigos y cómo elabora nuevos conceptos con ella. Todas estas operaciones cognitivas tienen un papel muy importante en la conducta del sujeto, de tal forma que si existen fallos significativos en cualquiera de estos procesos de recogida, traducción y/o conceptualización de las informaciones que se reciben, el resultado final de la conducta será poco adaptativo e ineficaz para el sujeto.

**IV.2.1.1.-Procesamiento de la información: *Lambda*; *OBS*; *HVI*; *Zf*; *Zd*; *W:D:Dd*; análisis de las *DQ*; *PSV*.**

El modo en que un sujeto recoge la información proveniente de su entorno, lo van a proporcionar este conjunto de variables, cuyos resultados aparecen en las Tablas 48 y 49 (pp. 338 y 339, respectivamente) que, a continuación, se comentan conjuntamente.

- La variable ***Lambda***, analizada anteriormente al hablar de depresión, por afectar a la validez del protocolo (Apartado IV.1.1.5 y IV.1.1.6), es también un indicador bruto de la tendencia que tiene el sujeto a implicarse en situaciones estimulares nuevas. A diferencia de los resultados que hallamos en los baremos americanos, donde aparece como variable paramétrica, en las tres muestras españolas estudiadas es una variable no paramétrica, por lo que el mejor estimador de tendencia central serán la mediana (*Mdna.*) y el recorrido intercuartil (*RIC*). Atendiendo a estas medidas vemos que esta variable alcanza valores algo elevados en los tres grupos, lo que indica una actitud general hacia la simplificación en las tres muestras evaluadas y, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre ellos (Tabla 48, pág. 338), se observan diferencias cualitativas importantes. Es en la muestra de anoréxicas donde aparecen las puntuaciones más adecuadas ( $L \leq 0.99 = 70\%$ ), denotando con ello que estas pacientes tienen una actitud/estilo bastante apropiado cuando se enfrentan y captan la complejidad de su entorno. En el extremo opuesto está el grupo de no pacientes ( $L > 0.99 = 48\%$ ), que mantiene una actitud/estilo más defensivo, más simplificador del campo estimular, evitando procesar emoción y dejarse invadir por los afectos, pero, como contrapartida, pierden información, a veces muy importante, con lo que sus respuestas pueden ser menos ricas y adaptativas de lo que les permitiría su desarrollo cognitivo.
- El **Índice *OBS* (estilo obsesivo)**, está formado por una constelación de variables que se encuentra muy raramente (2%) en las muestras de no pacientes (Exner y Sendín, 1995).

Tabla 48. *Procesamiento de la Información: Ji-cuadrado.*

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausen.	Presen.	Ausen.	Presen.	Ausen.
<b>PROCESAMIENTO</b>									
<i>Lambda &gt; .99</i>	3.57	0.15	0.168	48%	52%	30%	70%	36%	64%
<i>Indice OBS</i>	---	---	---	0%	100%	0%	100%	0%	100%
<i>Indice HVI</i>	3.23	0.15	0.199	20%	80%	12%	88%	8%	92%

Tabla 49. Procesamiento de la Información: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	$\eta$	Potencia
<b>PROCESAMIENTO</b>					
<i>Lambda</i> •			4.45 ( p = 0.108 )	(0.14)	(0.25)
<i>W</i>	1.80 ( p = 0.169 )			0.14	0.37
<i>D</i>	1.01 ( p = 0.365 )			0.10	0.22
<i>Dd</i> ♦	1.90 ( p = 0.153 )		3.41 ( p = 0.182 )	0.10	0.42
<i>DQ+</i>	1.96 ( p = 0.145 )			0.17	0.40
<i>DQv</i> * ♦	3.52 ( p = 0.032 )*	No Pacientes >Anoréxicas.	6.19 ( p = 0.045 )*	0.26	0.65
<i>Zf</i>	1.87 ( p = 0.157 )			0.17	0.39
<i>Zd</i> *	4.75 ( p = 0.010 )*	Anorex.y Deprim.>No Pac.		0.24	0.79
<i>PSV</i> ♦	0.93 ( p = 0.395 )		1.61 ( p = 0.446 )	0.10	0.22

*Estadísticos univariantes*

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
<b>PROCESAM.</b>																		
<i>Lambda</i>	1.10	0.86	0.90	0.97	1.00	1.86	0.84	0.82	0.63	0.70	1.00	2.66	1.28	2.21	0.68	0.96	.4/1.	5.17
<i>W</i>	12.08	5.43	11.50	6.50	9.00	0.90	11.88	5.25	11.00	8.25	7./13.	0.53	10.28	4.91	9.50	6.25	9.00	0.42
<i>D</i>	8.52	5.25	7.00	7.00	5./6.	1.08	7.12	4.42	6.00	6.25	2.00	0.98	7.64	5.21	6.50	8.00	5.00	1.01
<i>Dd</i>	4.38	4.70	3.50	3.00	4.00	4.39	3.44	4.05	2.00	3.25	2.00	3.75	3.62	2.96	3.00	4.00	1.00	1.35
<i>DQ+</i>	5.66	3.37	5.00	4.00	4.00	0.91	6.46	4.06	6.50	6.00	7.00	1.05	5.06	3.15	5.00	3.25	4.00	0.44
<i>DQv</i>	1.94	2.05	1.00	3.00	1.00	1.38	0.98	1.10	1.00	2.00	0.00	1.10	1.20	1.28	1.00	2.00	1.00	1.32
<i>Zf</i>	15.46	6.44	14.50	9.00	20.00	0.68	14.80	5.05	14.50	7.00	13./16	0.64	13.38	4.84	13.00	6.00	10/13	-0.26
<i>Zd</i>	-2.53	4.57	-3.00	6.25	-4./-.5	0.43	-0.16	5.31	0.50	7.63	0.50	0.12	0.34	5.03	0.00	6.50	-3.5	-0.03
<i>PSV</i>	0.22	0.51	0.00	0.00	0.00	2.31	0.34	0.72	0.00	1.00	0.00	3.18	0.42	0.81	0.00	1.00	0.00	2.19

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\*; p < 0.05 = \*.

- Sombreado: variables significativas. ♦ Variables transformadas, • Variables transformadas pero no homocedásticas

- Estadísticos univariantes: sombreado variables paramétricas: media, desviación típica; sombreado no paramétricas: mediana, amplitud inter-cuartil (RIC).

La presencia de un *OBS* positivo no es un índice necesariamente patológico, pero refleja un estilo cognitivo de codificación de los estímulos caracterizado por meticulosidad, cautela, convencionalidad y perfeccionismo, que puede causar problemas al sujeto, sobre todo en aquellas situaciones que requieran una respuesta rápida.

Ninguno de los tres grupos puntúa positivo en este índice (Tabla 48), por lo que se puede concluir que la forma de procesar la información de estas adolescentes está exenta de excesiva meticulosidad. En principio, este dato contradice la posible relación entre AN y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), hipótesis señalada por muchos autores (APA, 1993; Turón, 1997) y que se revisará en profundidad más adelante (Apartado IV.2.1.4.3).

- El **Índice *HVI* positivo (estilo hipervigilante)** indica que el sujeto está en un estado de alerta constante, propio de personas reservadas, cautelosas y suspicaces, que desconfían de lo desconocido y, por ello, necesitan procesar la mayor cantidad posible de datos para controlar la situación, lo que les supone un gran gasto de energía.

Tampoco aquí aparecen diferencias importantes entre los tres grupos (Tabla 48) y son las adolescentes no pacientes las que se muestran más recelosas y desconfiadas en su forma de procesar la información que llega de su entorno.

- La variable *Zf* representa el número total de respuestas con puntuación *Z* que aparecen en el protocolo, o sea, el número de veces que el sujeto se esfuerza y trata de organizar y crear relaciones significativas en un campo estimular ambiguo y desestructurado. Indica también el grado de motivación con el que el sujeto ha realizado la tarea propuesta. En este caso, los tres grupos muestran bastante iniciativa y motivación, se han esforzado mucho, sobre todo el grupo de no pacientes (realmente participaron de manera voluntaria en la investigación), en el que, además, aparece mayor variabilidad. De todas formas, las diferencias del AV realizado no son significativas (Tabla 49).

- La información que proporciona  $Zf$ , se ve complementada por la **localización de las respuestas**, es decir, por las áreas de la mancha que el sujeto ha utilizado al emitir sus respuestas: globales, de detalle usual, o de detalle inusual. Las respuestas **globales ( $W$ )**, requieren un mayor esfuerzo, aunque éste no siempre resulte eficaz y suponen un acercamiento al estímulo con la intención de abarcarlo todo. Las respuestas de **detalle usual ( $D$ )**, fáciles de ver, representan la forma más económica, sencilla y práctica de responder a la tarea que se plantea. Por último, las respuestas de **detalle inusual ( $Dd$ )**, aparecen de forma bastante infrecuente y, en ellas, el sujeto se fija y destaca elementos de la mancha que habitualmente pasan desapercibidos para la mayoría, lo que puede relacionarse con una búsqueda de exactitud y precisión o bien puede denotar una forma de evitar la tarea, una actitud huidiza ante situaciones complejas.

Nuevamente se constata que no hay diferencias significativas entre los tres grupos, en cuanto a la capacidad para percibir y organizar los estímulos de su entorno (Tabla 49). Si se comparan estos resultados con los que aporta Exner con población americana (1993/1994), se puede concluir que nuestras adolescentes, al abordar la tarea, son muy poco prácticas, muy poco económicas ( $D\%$  bajo), oscilando entre un excesivo afán de abarcarlo todo ( $W\%$  elevado) y una excesiva minuciosidad ( $Dd\%$  elevado), teniendo dificultad para captar lo más elemental, lo más obvio, lo que probablemente hace disminuir su eficacia al procesar la información que les llega de su entorno.

- La puntuación  $Zd$  es otro dato de la actividad organizativa que estima cómo ha sido realizado ese esfuerzo organizativo ( $Zf$ ), pudiendo resultar adecuado, superior, o inferior a lo esperado, en función de las veces que lo realizó. Esta puntuación sirve de indicador sobre diversos estilos de procesamiento de la información, en cuyo extremo estaría el **estilo hipoincorporador ( $Zd < -3$ )**, que provoca déficits en la toma de datos y, en el extremo

opuesto, el **estilo hiperincorporador** ( $Zd > +3$ ), propio de sujetos muy meticulosos, que no distinguen lo esencial de lo accesorio, que repasan los datos muchas veces, para asegurarse, con el consiguiente enlentecimiento en la emisión de sus respuestas. En los niños estos márgenes oscilan entre  $\pm 4.5$ .

Los grupos de pacientes, anoréxicas y deprimidas, son significativamente distintos del grupo de control en esta variable ( $Zd$ ,  $p < 0.05$ ; Tabla 49) y esa diferencia está avalada por una buena potencia estadística. En ambos grupos se produce una recogida y codificación informativa adecuada, captando los elementos más relevantes del campo estimular, sin perderse en aspectos accesorios pero a la vez sin dejar de registrar los puntos clave de la información. Sin embargo, el grupo de no pacientes es el que se muestra más negligente al captar la información, emitiendo respuestas sin procesar todos los datos disponibles, aunque no llega a tener un estilo hipoincorporador, manteniéndose todavía en los límites de  $Zd$  aceptables.

- Otro aspecto a considerar dentro de este agrupamiento es la **calidad evolutiva (DQ)**, que representa la forma en que el sujeto trabaja cognitivamente el área de localización que ha elegido y se relaciona con su nivel de desarrollo intelectual. La modalidad de elaboración cognitiva más sofisticada está representada por las respuestas de **síntesis (DQ+)**, que suponen la utilización de procesos de análisis y de síntesis, estableciendo vínculos significativos, lo que es propio de los sujetos intelectualmente más brillantes y complejos, aunque su presencia por si sola no garantiza que esa persona sea eficaz, teniendo que recurrir a analizar los procesos de mediación y la ideación para ver el resultado, adaptativo o ineficaz, de esas capacidades. En el extremo opuesto están las respuestas **vagas (DQv)**, que reflejan la forma de procesamiento más primitiva e inmadura, un modo de elaboración impreciso, en el que el sujeto no se esfuerza en definir los datos del campo estimular ni en

establecer relaciones entre ellos.

Los tres grupos muestran una capacidad similar para captar el entorno de un modo complejo y establecer relaciones significativas ( $DQ+$ ), pero donde encontramos realmente diferencias significativas, con una buena potencia estadística, es en las  $DQv$  ( $p < 0.05$ ). El grupo de no pacientes es el que, en ocasiones, presenta un funcionamiento cognitivo más inmaduro, infantil y primitivo, que no se puede atribuir a limitaciones intelectuales ni neurológicas puesto que, entre los criterios de selección de la muestra, figuraba el de presentar un rendimiento académico medio y no haber repetido ningún curso. Por ello, debe entenderse como una marcada tendencia a evitar el compromiso que provoca una definición de los conceptos que el sujeto procesa, con la consiguiente merma que esta evitación conlleva. Por el contrario, son las anoréxicas las que presentan un funcionamiento cognitivo más sofisticado y complejo, menos inmaduro; son las que, hasta este momento, tienen mejores capacidades para procesar la información de su entorno.

- Finalmente, la **perseveración ( $PSV$ )**, tanto de codificación (intralámina) como de contenido (interlámina), indicativas de falta de agilidad cognitiva, de rigidez en el procesamiento, están prácticamente ausentes en los tres grupos, como era de esperar pues, aunque son frecuentes en niños pequeños, van decreciendo gradualmente hasta los 10 años y muy rápidamente a partir de esa edad, siendo poco comunes en adolescentes y adultos.

#### **IV.2.1.1.1- Índice Obsesivo ( $OBS$ ).**

A fin de obtener la mayor información posible, tal y como se ha venido haciendo con otros Índices, se analizaron por separado las variables que componen el índice obsesivo ( $OBS$ ) y el índice hipervigilante ( $HVI$ ), según los puntos de corte señalados por Exner como indicativos de significación clínica (Exner, 1986, 1993/1994; García Alba, & Sendín, 1993a,

1993b, July). En el caso de *OBS* las variables que lo integran son las siguientes:

- (1)  $Dd > 3$
- (2)  $Zf > 12$
- (3)  $Zd > + 3.0$
- (4)  $Populares > 7$  (respuestas muy convencionales, que aparecen como mínimo en uno de cada tres sujetos).
- (5)  $FQ+ > 1$  (respuesta en la que hay una infrecuente y detallada articulación de la forma, que la enriquece, aumentando precisión formal).

Los resultados de ji-cuadrado aparecen en la Tabla 50 (pág. 345). De nuevo, lo más destacable es la ausencia de diferencias significativas.

#### **IV.2.1.1.2- Índice de Hipervigilancia (HVI).**

Este índice, relacionado, en caso de ser positivo, con un estado de alerta constante por parte del sujeto, está formado por las siguientes variables:

- (1)  $FT + TF + T = 0$  (respuestas de textura).
- (2)  $Zf > 12$
- (3)  $Zd > + 3.5$
- (4)  $S > 3$
- (5)  $H + (H) + Hd + (Hd) > 6$  (respuestas de contenidos humanos, sean completas, parahumanas completas, parciales, parahumanas parciales).
- (6)  $(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$  (respuestas humanas y animales de ficción, enteras o parciales).
- (7)  $H + A : Hd + Ad < 4 : 1$
- (8)  $Cg > 3$  (respuestas cuyo contenido hace referencia a cualquier prenda de vestir).

Tabla 50. Variables del Estilo Obsesivo (OBS): Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
Indice OBS	---	---	---	0%	100%	0%	100%	0%	100%
Dd>3	2.01..	0.12	0.366	50%	50%	36%	64%	44%	56%
Zf>12	1.19	0.09	0.552	58%	42%	68%	32%	60%	40%
Zd>3.0	3.03	0.14	0.220	14%	86%	28%	72%	24%	76%
Populares>7	1.63	0.10	0.442	6%	94%	6%	94%	12%	88%
FQx +>1	---	---	---	0%	100%	2%	98%	0%	100%
X+%>0.89	---	---	---	0%	100%	0%	100%	0%	100%

Tabla 51. Variables del Estilo Hipervigilante (HVI): Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
Indice HVI	3.23	0.15	0.199	20%	80%	12%	88%	8%	92%
T>1	2.65	0.13	0.266	8%	92%	10%	90%	18%	82%
T=0 *	6.08	0.20	0.048 *	72% *	28%	50%	50%	52%	48%
Zf>12	1.19	0.09	0.552	58%	42%	68%	32%	60%	40%
Zd>3.5	4.19	0.17	0.123	10%	90%	24%	76%	24%	76%
S>3	0.73	0.07	0.694	42%	58%	34%	66%	40%	60%
H+(H)+Hd+(Hd)>6	1.46	0.10	0.483	30%	70%	28%	72%	20%	80%
(H)+(A)+(Hd+Ad)>3	2.81	0.25	0.245	16%	84%	30%	70%	22%	78%
Cg>3	1.00	0.08	0.608	12%	88%	18%	82%	12%	88%

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\*; p < 0.05 = \*. Sombreado: variables significativas.

- Zd > 3.5: el 90% corresponde a un análisis de residuos = 2.0.

El ji-cuadrado de todas estas variables se aporta en la Tabla 51 (pág. 345).

- Las respuestas de **textura (T)**, se relacionan con la necesidad de cercanía y de contacto emocional, siendo lo habitual encontrar una respuesta de este tipo en cada protocolo. La  $T=0$  indica la incapacidad del sujeto para generar vínculos de cercanía y sentirse cómodo con las relaciones cercanas (Weiner, 1998a, Agosto). Por ello, la ausencia de textura es condición indispensable para poder hablar de un acercamiento al campo estimular realizado de forma cautelosa, y desconfiada. En contra de lo que cabría esperar, es en el grupo de no pacientes donde la presencia de esta variable es significativa ( $p < 0.05$ ), es decir, que son las adolescentes no pacientes las que se mantienen más alerta en su contacto con el entorno ( $T=0$ ,  $p < 0.05$ ), no apareciendo diferencias entre las pacientes anoréxicas y las deprimidas. Este dato confirma la actitud defensiva de estas adolescentes no pacientes, que ya se intuía al analizar el índice anterior ( $OBS$ ,  $Dd\%$ ), pudiendo ahora matizar que la principal estrategia que utiliza este grupo consiste en mantener una actitud evasiva ( $Dd\%$ ) y recelosa ( $T = 0$ ) ante el campo estimular y, en cierta medida, negligente ( $Zd$  significativa,  $p < 0.05$ ).
- El aumento de las respuestas de **espacio blanco (S)** está presente en los tres grupos, aunque no se dan diferencias significativas entre ellos, indicando la presencia de actitudes de resentimiento y de marcado oposicionismo en estas adolescentes.
- La **síntesis** de todos estos resultados, que aluden a la forma en que estas adolescentes **procesan la información** de proviene de su entorno, se realizará conjuntamente con la que obtengamos al analizar los otros dos agrupamientos que integran la tríada cognitiva: **mediación e ideación**.

No obstante, según se ha visto hasta este momento, son más numerosos los aspectos que comparten estos tres grupos de adolescentes, cuando captan la información, que los que los diferencian significativamente.

#### IV.2.1.2.- Mediación cognitiva: *Lambda*; *OBS*; *Populares*; *Calidad Formal*; *CFB*.

Las variables mediadoras hacen referencia a la traducción que el sujeto realiza de las informaciones que ha recogido de su entorno. Este agrupamiento informa de un aspecto muy importante de la personalidad, ya que gran parte de la eficacia de las conductas de una persona dependerá de la calidad de su ajuste perceptivo, es decir, de sus procesos de mediación. Si la traducción que el sujeto realiza de los datos que le llegan del exterior es demasiado individualista, si no se ven las cosas como las ven los demás y no se entiende lo que la realidad demanda en un momento determinado, las respuestas que emitirá el sujeto tenderán a ser ineficaces y poco adaptativas.

Los resultados de los análisis de varianza y ji-cuadrado de estas variables figuran en las Tablas 52 (pág. 348) y 53 (pág. 349), respectivamente, cuyo contenido se comenta a continuación.

- Las respuestas *Populares* son aquellas que se dan con mayor frecuencia en el test, apareciendo como mínimo en uno de cada tres sujetos; debe coincidir tanto la localización del área interpretada como el contenido aportado. Proporcionan información acerca del grado de convencionalidad de la persona, de su posibilidad de adaptación a las normas de su grupo y de su ajuste perceptivo.

En las muestras estudiadas no aparecen diferencias entre sus medias, coincidiendo estos valores con los aportados por Sendín (1981) en su estudio sobre población española, lo que indica que estas adolescentes poseen un grado de convencionalidad adecuado cuando perciben lo más evidente, lo más obvio.

- El estudio de la **calidad formal (FQ)** está integrado por una serie de variables ( $X+$ %;  $F+$ %;  $FQ0$ ;  $X-$ %;  $Xu$ %;  $S-$ %) que nos indican cómo el sujeto utiliza la forma, es decir, cuán realística es la traducción o codificación de las informaciones que recibe.

Tabla 52. Mediación cognitiva: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	$\eta$	Potencia
<b>MEDIACION</b>					
Lambda •			4.45 ( p = 0.108 )	(0.14)	(0.25)
Populares •			3.55 ( p = 0.169 )	(0.14)	(0.23)
X+%	2.06 ( p = 0.131 )	No Pacientes >Deprimidas.		0.17	0.36
FQxo**	5.20 ( p = 0.000 )**			0.26	0.82
F+% •			1.04 ( p = 0.594 )	0.00	
X-%	0.28 ( p = 0.754 )			0.00	0.16
CFB.	----			---	---
S-%	0.70 ( p = 0.499 )			0.10	0.12
Xu%	1.23 ( p = 0.294 )			0.14	0.32

Estadísticos univariantes

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
<b>MEDIACIÓN</b>																		
Lambda	1.10	0.86	0.90	0.97	1.00	1.86	0.84	0.82	0.63	0.70	1.00	2.66	1.28	2.21	0.68	0.96	.4/1.	5.17
Populares	5.00	1.51	5.00	2.00	5.00	-0.07	5.06	1.53	5.00	2.00	6.00	0.22	4.56	2.11	4.00	3.00	3./4.	0.52
X+%	0.44	0.13	0.42	0.20	0.33	0.41	0.45	0.13	0.42	0.18	0.40	0.11	0.40	0.14	0.39	0.20	.33/..	0.13
FQxo	10.30	2.72	10.00	3.25	10.00	-0.30	9.76	2.84	9.00	4.00	8.00	0.25	8.48	3.12	8.00	4.00	7.00	0.28
F+%	0.43	0.18	0.41	0.26	0.50	-0.10	0.44	0.26	0.44	0.41	.0/.2/..	0.15	0.40	0.24	0.40	0.26	0.50	0.54
X-%	0.25	0.10	0.25	0.15	0.25	0.13	0.23	0.12	0.22	0.18	.13/..	0.25	0.25	0.14	0.25	0.16	.25/..	0.68
S-%	0.21	0.19	0.20	0.33	0.00	0.64	0.21	0.21	0.19	0.40	0.00	0.42	0.25	0.24	0.23	0.38	0.00	1.20
Xu%	0.30	0.12	0.31	0.14	.25/..	0.02	0.31	0.12	0.31	0.17	0.39	-0.24	0.33	0.12	0.32	0.16	0.41	-0.06

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\*; p < 0.05 = \*. Sombreado: variables significativas. • Variables transformadas pero no homocedásticas.

- Estadísticos univariantes: sombreado variables paramétricas: media, desviación típica; sombreado no paramétricas: mediana, recorrido inter-cuartil (RIC).

Tabla 53. Mediación cognitiva: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausen.	Presen.	Ausen.	Presen.	Ausen.
<b>MEDIACION</b>									
<i>X+&lt;.50</i>	1.74	0.11	0.420	70%	30%	62%	38%	74%	26%
<i>X+&lt;.61 y S-&lt;.41</i>	0.92	0.08	0.632	78%	22%	70%	30%	76%	24%
<i>X-&gt;.29</i>	0.06	0.02	0.970	34%	66%	32%	68%	32%	68%
<i>Indice OBS</i>	---	---	---	0%	100%	0%	100%	0%	100%

$F+\%$  y  $X+\%$  se relacionan con el grado de ajuste perceptivo del sujeto, si bien en  $F+\%$  se incluyen sólo las respuestas de forma pura, de buena calidad ( $FQf+$  = superiores;  $FQfo$  = ordinarias) y en  $X+\%$  se incluyen todas aquellas respuestas que tienen buena calidad formal ( $FQx+$  = superiores;  $FQxo$  = ordinarias) pero en las que el sujeto utiliza otros determinantes además de la forma (movimiento, color cromático y/o acromático, sombreado, dimensión, reflejos). Lo primero que llama la atención, al analizar los valores medios de ambas variables, es que estos porcentajes son muy bajos en las tres muestras estudiadas (Tabla 52), si tomamos como referencia los baremos de adolescentes americanos, en los que éstos porcentajes se sitúan alrededor de  $X+\% \approx 77\%$  y  $F+\% \approx 61\%$  mientras que en nuestras muestras ninguna puntuación media llega a alcanzar el 50% (Tabla 52). Haciendo referencia a estudios culturalmente más cercanos, realizados con población española, aunque con sujetos adultos, Sendín (1990) obtiene valores de  $X+\% = 78\%$  y  $F+\% = 72\%$ . Una primera conclusión es que nuestras adolescentes tienen un ajuste perceptivo bastante precario, aunque resulte adecuado ante lo más obvio (*Populares*). Este dato viene confirmado por los resultados de la Tabla 53, donde se observa que el punto de corte establecido por Exner como clínicamente problemático, un  $X+\% < 50\%$ , está presente en los tres grupos entre un 62% y un 74%.

- Otro resultado de esta Tabla,  $X+\% < 0.61$  y  $S-\% < 0.41$ , amplía la información anterior, aclarando que este escaso ajuste perceptivo no está producido por interferencias emocionales de tipo hostil ( $S-\%$ , representa el número de respuestas  $FQ-$ , en las que el espacio blanco está incluido en la localización e indica en qué medida la rabia o el negativismo del sujeto están interfiriendo en su convencionalidad perceptiva). Estos componentes emocionales tienen alguna influencia, pero no son los responsables de la mayoría de los desajustes perceptivos presentes en estas adolescentes.

- Se observa además que entre los tres grupos apenas hay diferencias en  $X+\%$ , considerado globalmente, pero que hay diferencias significativas, cuando se tiene en cuenta sólo una parte de las respuestas que entran en este porcentaje, las  $FQxo$  (Tabla 52). Es decir, cuando se excluyen del  $X+\%$  las respuestas de calidad superior ( $FQx+$ , enriquecidas y detalladas) y se estudian sólo las respuestas más frecuentes, las respuestas ordinarias ( $FQxo$ , fáciles de ver, sin grandes matices), las no pacientes parecen captarlas significativamente mejor que las pacientes deprimidas ( $p < 0.001$ ; potencia 0.82).
- Analizando las diferencias intragrupos, entre  $X+\%$  y  $F+\%$  de cada una de las muestras, tampoco hallamos diferencias entre ambos porcentajes, lo que se interpreta como que la falta de ajuste perceptivo se produce tanto cuando las adolescentes realizan esfuerzos de complejización y trabajan con muchos datos simultáneamente ( $X+\%$ ), como cuando simplifican y reducen el campo estimular ( $F+\%$ ) a lo puramente formal.
- Para entender hasta qué punto la alteración del ajuste perceptivo ( $X+\%$ ) reviste mayor o menor gravedad, hay que recurrir al análisis de  $X-\%$  y  $Xu\%$ , las dos causas posibles de un  $X+\%$  bajo:
  - $X-\%$  corresponde al porcentaje de respuestas que están muy apartadas de lo usual, con variaciones que van desde aquéllas que todavía guardan una cierta relación con el estímulo, a aquéllas otras en las que la distorsión del campo estimular es total, arbitraria y carente de realismo. Si se tratara del protocolo de un individuo concreto, habría, además, que recurrir al **análisis cualitativo** de esas respuestas negativas ( $FQx-$ ) para ver, una a una, la gravedad concreta de la distorsión que aparece. En general, respuestas de signo menos se encuentran en todos los protocolos, pero su frecuencia es muy baja. Cuando exceden el 25% indica un alejamiento llamativo y preocupante de lo convencional. En nuestra muestra no hay diferencias significativas entre los tres grupos (Tabla 52), pero las cifras de  $X-\%$  son muy

elevadas. En la Tabla 53 se observa que  $X\% > 0.29$  aparece con bastante frecuencia en los tres grupos, por lo que se concluye que parte de la falta de ajuste perceptivo de estas adolescentes se debe a la presencia de fallos perceptivos relevantes.

➤  $Xu\%$  es el porcentaje de respuestas peculiares, no muy frecuentes, pero cuyo contorno básico no está significativamente forzado; son respuestas poco corrientes pero que el observador puede identificar con rapidez y facilidad. Es positivo que este tipo de respuestas aparezca en un protocolo, llegando incluso a admitirse como aceptable la presencia de  $Xu=15\%$ : pero cuando son excesivas, como ocurre en los tres grupos, anoréxicas, deprimidas y no pacientes, señalan un notable individualismo, un marcado autocentramiento, que también incide en la falta de ajuste perceptivo de la que se hablaba anteriormente.

- Las confabulaciones (**CFB**) están ausentes en los tres grupos.
- En suma, tampoco hay grandes diferencias en los **procesos mediadores** de estos tres grupos que, aunque captan lo más obvio (*Populares*), tienen un ajuste perceptivo bastante precario, tanto cuando trabajan con muchos datos simultáneamente ( $X+\%$ ) como cuando restringen el campo estimular a lo puramente formal ( $F+\%$ ). Este desajuste perceptivo se debe tanto a distorsiones relevantes ( $X-\%$ ) como a una actitud marcadamente individualista ( $Xu\%$ ), pero no a su excesivo negativismo ( $S-\%$ ).

**IV.2.1.3.- Ideación: EB introversivo y EB Per; Análisis del lado izquierdo de la eb; Relación a:p y Ma:Mp; Índice de intelectualización; MOR; Códigos especiales críticos; Calidad formal y niveles de distorsión de las M; Aspectos cualitativos de las M.**

La información que ha sido recogida y traducida, según se ha explicado con anterioridad, finalmente va a ser conceptualizada mediante el uso de la ideación. La utilización del

pensamiento supone la organización significativa de series de símbolos o conceptos y constituye uno de los núcleos principales de la actividad psicológica.

Como en ocasiones anteriores, se han utilizado como estadísticos *AV* y *ji-cuadrado* para analizar las variables correspondientes a este agrupamiento, cuyos resultados se aportan en las Tablas 54 (pág. 354), 55 (pág. 355) y 56 (pág. 356).

- Los estilos básicos de respuesta (***EB***), es decir, las formas en que estas adolescentes evalúan sus propias experiencias, han sido esbozadas en el apartado IV.1.1.6. Basta recordar ahora que en todas ellas hay un predominio de ***EB ambigüal***, por lo que prevalece, aunque con distinto peso en cada uno de los grupos (*AN* = 38%; *D* = 52%; *NP* = 62%), la ausencia de un estilo de respuesta básica y por ello, aleatoriamente, procesarán afecto o tenderán a usar la ideación, siendo más inconsistentes e impredecibles en sus conductas.

El ***EB*** (estilo vivencial) **introversivo** es una forma básica de respuesta que supone abordar los distintos problemas y situaciones utilizando el pensamiento y la reflexión. Antes de tomar una decisión el sujeto pensará en las alternativas posibles, dejando al margen sus emociones y elaborará sus juicios en función de sus propios procesos internos.

Un ***EB introversivo*** aparece, en mayor medida, en el grupo de pacientes anoréxicas (*AN*= 34%; *D* = 24%; *NP* = 18%) y también es en este grupo donde aparece mayor frecuencia de ***EB extratensivo*** (*AN* = 28%; *D* = 24%; *NP* = 20%). Por ello, podemos concluir que las pacientes anoréxicas son las que tienen hábitos de respuesta más firmemente establecidos (***EB definido***: *AN* = 62%; *D* = 48%; *NP* = 38%), aunque con este único dato, no se puede decir si son eficaces o no lo son.

También es en el grupo de anoréxicas donde aparece un ***EB Per*** (estilo vivencial persistente) significativo frente a los otros dos grupos (Tabla 56, pág. 356). ***EB Per*** es una variable que sólo se puede calcular cuando el sujeto tiene un estilo definido de respuesta.

Tabla 54. Ideación: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	$\eta$	Potencia
<b>IDEACION</b>					
<i>M*</i> ♦	3.80 ( p = 0.024 )*	Anoréxicas > Deprimidas	7.94 ( p = 0.018 )*	0.24	0.68
<i>MQo*</i> ♦	4.11 ( p = 0.018 )*	Anoréxicas > Deprimidas	7.11 ( p = 0.028 )*	0.24	0.74
<i>MQsin*</i> •		Anoréxicas > Deprimidas	6.60 ( p = 0.036 )*	(0.20)	(0.64)
<i>Mp*</i> ♦	4.46 ( p = 0.013 )*	Anoréxicas > No Pacientes	9.85 ( p = 0.007 )*	0.26	0.78
<i>Ma</i> ♦	0.86 ( p = 0.426 )		1.56 ( p = 0.458 )	0.14	0.19
<i>MQ-</i> ♦	1.92 ( p = 0.150 )		2.48 ( p = 0.288 )	0.20	0.38
<i>FM+m</i>	1.92 ( p = 0.150 )			0.17	0.40
<i>FM+m pasivo</i>	0.92 ( p = 0.419 )			0.32	0.93
<i>Activo</i>	0.70 ( p = 0.495 )			0.10	0.17
<i>Pasivo*</i>	4.58 ( p = 0.011 )*	Anoréxicas > Deprimidas		0.24	0.77
<i>Intelec</i> ♦	0.33 ( p = 0.720 )		1.56 ( p = 0.458 )	0.00	0.10
<i>MOR</i> ♦	0.80 ( p = 0.451 )		1.62 ( p = 0.445 )	0.14	0.17
<i>Sum6 CC.EE</i>	1.04 ( p = 0.357 )			0.10	0.23
<i>SumPond6</i> ♦	1.34 ( p = 0.264 )		4.02 ( p = 0.133 )	0.17	0.28
<i>Sum6 CC.EE2*</i> •		Deprimidas > No Pacientes	6.35 ( p = 0.041 )*	(0.22)	(0.65)

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\*; p < 0.05 = \*. Sombreado: variables significativas. ♦ Variables transformadas, • Variables transformadas pero no homocedásticas.

Tabla 55. Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
<b>IDEACIÓN</b>																		
<i>M</i>	2.82	1.97	2.00	3.00	2.00	1.08	4.46	3.88	3.50	2.50	3.00	2.32	2.98	2.47	3.00	3.00	1.00	1.21
<i>MQo</i>	1.38	1.01	1.00	1.00	1.00	0.53	2.10	1.62	2.00	2.00	1./2.	1.33	1.42	1.40	1.00	2.00	0.00	0.82
<i>Mqsin</i>	0.04	0.20	0.00	0.00	0.00	4.84	0.14	0.35	0.00	0.00	0.00	2.14	0.02	0.14	0.00	0.00	0.00	7.07
<i>Mp</i>	1.58	1.36	1.00	1.00	1.00	1.02	2.90	2.96	2.00	1.25	2.00	2.46	1.84	1.72	1.00	2.00	1.00	1.26
<i>Ma</i>	1.24	1.22	1.00	2.00	1.00	1.20	1.60	1.90	1.00	3.00	1.00	2.67	1.16	1.33	1.00	2.00	0.00	1.37
<i>MQ-</i>	0.62	0.88	0.00	1.00	0.00	1.78	1.10	1.76	0.50	1.00	0.00	2.14	0.50	0.76	0.00	1.00	0.00	1.44
<i>FM+m</i>	4.92	4.67	5.00	3.25	4.00	0.67	4.76	4.46	4.00	3.25	4.00	0.59	3.96	3.82	4.00	3.25	5.00	0.55
<i>FM+m pasivo</i>	5.00	3.46	4.50	6.75	--	0.43	3.33	2.52	3.00	5.00	--	0.59	3.20	2.10	3.50	4.00	5.00	-0.24
<i>Activo</i>	4.04	2.59	4.00	4.00	2.00	0.46	4.22	3.27	3.50	4.00	3./6.	1.09	3.58	2.40	4.00	3.00	4.00	0.40
<i>Pasivo</i>	3.72	2.81	3.00	3.00	3.00	1.10	5.08	3.47	5.00	3.00	4.00	1.87	3.40	2.47	3.00	4.00	3.00	0.99
<i>Intelec</i>	1.96	2.34	1.00	3.00	0.00	1.56	1.92	3.50	1.00	2.00	0.00	3.25	2.02	2.31	1.00	3.00	0.00	0.95
<i>MOR</i>	1.26	1.31	1.00	2.00	1.00	1.44	1.88	2.04	1.00	3.00	0./1.	1.48	1.72	2.33	1.00	3.00	0.00	2.16
<i>Sum6 CC.EE</i>	1.88	1.83	1.00	2.25	1.00	1.30	1.84	2.14	1.00	3.00	0.00	1.92	2.38	2.28	2.00	3.25	0.00	1.15
<i>SumPond6</i>	5.36	5.52	4.00	8.25	0.00	1.34	6.16	8.83	4.00	6.50	0.00	2.63	8.62	8.79	7.00	10.75	0.00	1.27
<i>Sum6CCEE2</i>	0.10	0.30	0.00	0.00	0.00	2.75	0.26	0.80	0.00	0.00	0.00	4.65	0.48	0.91	0.00	1.00	0.00	1.93

**Nota:** - Estadísticos univariantes: sombreado variables paramétricas: media, desviación típica; sombreado no paramétricas: mediana, recorrido inter-cuartil (RIC).  
 - *FM+m pasivo*: en no pacientes y anoréxicas, las modas son múltiples.

Tabla 56. Ideación: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausen.	Presen.	Ausen.	Presen.	Ausen.
<b>IDEACIÓN</b>									
<i>EB Per</i>	4.15	0.16	0.125	24%	76%	42%	58%	28%	72%
<i>Mp&gt;Ma+1</i>	1.87	0.11	0.392	20%	80%	32%	68%	26%	74%
<i>M-&gt;1</i>	1.00	0.08	0.608	12%	88%	18%	82%	12%	88%
<i>Intelec&gt;3</i>	1.37	0.10	0.505	22%	78%	14%	86%	22%	78%
<i>Mor&gt;2</i>	4.43	0.17	0.109	12%	88%	28%	72%	26%	74%
<i>Sum6 CC.EE.&gt;6</i>	0.26	0.04	0.876	4%	96%	6%	94%	6%	94%
<i>Sum6 CC.EE.2&gt;1</i>	7.39	0.22	0.025 *	0%	100%	4%	96%	12% *	88%
$\varphi$	0.15	0.14	0.140			4%	96%	12%	88%
<i>SumPond6&gt;17</i>	2.17	0.12	0.337	4%	96%	8%	92%	12%	88%

Nota:-  $p < 0.001 = ***$ ;  $p < 0.01 = **$ ;  $p < 0.05 = *$ . Sombreado: variables significativas.

- *EB Per*: el 42% corresponde a un análisis de residuos = 2.0.

- *MOR > 2*: el 88% corresponde a un análisis de residuos = 2.1.

Cuando *EB Per* resulta positivo, supone una excesiva rigidez en el estilo básico del sujeto, una falta de flexibilidad para resolver de forma adecuada las situaciones que requieran un modo de respuesta distinto al de su estilo habitual. Por ello, las anoréxicas con *EB Per* (48%) pueden tener dificultades de adaptación y resultar ineficaces ante determinadas situaciones, lo que resulta un obstáculo adicional en su abordaje psicoterapéutico.

- El ***EB introversivo*** supone el predominio de las respuestas de **movimiento humano (*M*)** sobre las respuestas de color. Por ello, se procedió a continuación a analizar más detalladamente las respuestas *M* cuyos resultados, que figuran en la Tabla 54, permiten obtener las siguientes conclusiones acerca de la ideación de las **pacientes anoréxicas**:

- Estas adolescentes emplean la reflexión y el pensamiento deliberado (*M*) en mayor medida que las pacientes deprimidas ( $p < 0.05$ , potencia 0.68,  $\eta 0.24$ ).

- Además, su reflexión resulta bastante adecuada y realista (*MQo* = movimiento con buen ajuste perceptivo), mucho más que el pensamiento de las adolescentes diagnosticadas de depresión ( $p < 0.05$ ; potencia 0.74,  $\eta 0.24$ ).

- Las distorsiones (*MQ-* = movimiento con distorsión perceptiva) que aparecen en la forma de pensar de estas adolescentes son similares a las de los otros grupos. Se llega a la misma conclusión si se analiza el punto de corte establecido por Exner (1993/1994) como clínicamente patológico ( $M \rightarrow I$ ) e indicativo de la existencia de serias dificultades en la forma de pensar de un sujeto (Tabla 56).

- Sin embargo, en el grupo de anoréxicas, hay otros datos que indican la existencia de alguna alteración en su forma de pensar. Se trata de la presencia significativa de respuestas de movimiento humano sin forma (*MQsin*  $p < 0.05$ , potencia 0.64,  $\eta 0.20$ ), que son respuestas abstractas o simbólicas, sumamente infrecuentes e implican trastornos del

pensamiento por su falta de estructura y su falta de contención (Lajoie, 1998, Agosto); presentan características similares a las operaciones de tipo delirante (Exner, 1993/1994).

- La **experiencia base** (*eb*), es el resultado de una proporción que informa sobre la cantidad de estimulaciones no deliberadas que inciden sobre el sujeto; la parte derecha de esta proporción se refiere a afectos no deliberados ( $C' + T + V + Y =$  color acromático y sombreados) y la parte izquierda a las ideaciones no deliberadas ( $FM + m =$  movimientos animales e inanimados). Es decir, el **lado izquierdo de la eb** alude al conjunto de ideación periférica que se inicia y actúa sin la intervención voluntaria del sujeto, que contribuye a su sobrecarga interna y puede interferir el curso de su ideación deliberada.

En esta variable las diferencias entre los tres grupos son muy pequeñas y, además, los valores medios son bastante adecuados, por lo que se concluye que, en principio, estas adolescentes no sufren una sobrecarga ideacional periférica que dificulte sus procesos de pensamiento.

- Cuando en las relaciones *a:p* (todos los movimientos activos  $\approx$  todos los movimientos pasivos) y *Ma:Mp* (movimientos humanos activos  $\approx$  movimientos humanos pasivos), predominan los movimientos pasivos, estamos ante un estilo de respuesta que va a tener gran repercusión tanto en la ideación como en las relaciones interpersonales del sujeto. La proporción *a:p* es más general y se refiere a todo tipo de ideación, mientras que la proporción *Ma:Mp* alude únicamente a la ideación deliberada.

En el AV se observa que los movimientos pasivos (*pasivo*;  $p < 0.05$ ; potencia 0.77,  $\eta$  0.24) diferencian significativamente a las anoréxicas de las pacientes deprimidas, pero como, en principio, se desconoce si este aumento de pasividad que presentan las anoréxicas hace referencia a la ideación periférica (*FM+m pasivo*) o a la ideación deliberada (*M pasivo*), se recurre nuevamente al AV de ambas variables. Los resultados indican que no

hay diferencias significativas entre los tres grupos en la variable *FM+m pasivo* y, sin embargo, sí aparecen esas diferencias cuando analizamos la variable *Mp* ( $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta^2 0.26$ ). Estos datos permiten afirmar que la pasividad detectada en las pacientes anoréxicas afecta, fundamentalmente, a sus procesos de reflexión deliberada. Para intentar comprobar el grado en que esta pasividad puede llegar a ser una huida y refugio en la fantasía para gratificar sus necesidades y compensar imaginariamente las frustraciones de la vida real, se efectuó ji-cuadrado a la fórmula aportada por Exner a tal fin ( $Mp > Ma+I$ , Tabla 56) pero, aunque esta estrategia es muy frecuente entre las anoréxicas (32%), las diferencias alcanzadas entre los grupos carecen de significación estadística.

- El **Índice de intelectualización** tampoco discrimina a estos tres grupos, ni cuando se realiza con él un AV (Tabla 54), ni cuando se utiliza el punto de corte superior a 3 puntos y se aplica ji-cuadrado (Tabla 56). Estas adolescentes no utilizan la intelectualización como una de sus estrategias defensivas preferentes, es decir, no recurren a razonamientos para neutralizar el efecto que les puedan producir las emociones.
- Los **contenidos mórbidos (MOR)**, suponen una atribución de elementos disfóricos o displacenteros, que el sujeto añade al estímulo al emitir su respuesta. Cuando aparece  $MOR > 2$ , estamos ante un sujeto pesimista, cuya ideación está impregnada de ideas y prejuicios negativos. Se aplicó AV a esta variable (Tabla 54) y ji-cuadrado a  $MOR > 2$  (Tabla 56). Los resultados aportan puntuaciones medias muy similares, por debajo de 2 en los tres grupos y únicamente ji-cuadrado, en el análisis de residuos, señala que la ausencia de este contenido en el grupo de no pacientes alcanza valores que rozan la significación, es decir, la ausencia de pesimismo es propia de las adolescentes no pacientes.
- Se analizan los **Códigos Especiales** que en un total de seis posibles, aportan información sobre los deslices cognitivos que el sujeto manifiesta a lo largo del test. La

mayoría de no pacientes presentan alguno de estos códigos en sus protocolos, de forma aislada, sin que ello suponga indicio de patología, ni un estilo habitual de funcionamiento del sujeto. Pero, como muchas variables en el test de Rorschach, cuando su número es elevado y, sobre todo, cuando cualitativamente tienen aspectos muy negativos, se puede hablar de trastornos de pensamiento más o menos severos. Estas variables son: **Sum6CCEE**= número total de códigos especiales; **Sum6CCEE2** = número total de códigos especiales más graves (de nivel 2); **SumPond6** = suma de códigos según su peso, en función de una mayor o menor carga patológica.

Solamente encontramos como significativa la presencia de algún desliz cognitivo de nivel 2 en el grupo de pacientes deprimidas, derrapes muy alejados de la realidad, pero ocasionales, aunque la significación se alcanza tanto a través de AV (Tabla 54) como de ji-cuadrado (Tabla 56).

- Los **aspectos cualitativos de M**, también tendrían que ser analizados en este agrupamiento y aportarían, sin duda, material muy interesante, pero corresponden a aspectos cualitativos del test, que no se incluyen en el abordaje, más estadístico, de esta investigación.
- **En suma**, es en el agrupamiento de la **ideación** donde aparecen los rasgos más característicos de las pacientes anoréxicas, los aspectos más diferenciadores en relación a los otros grupos evaluados.

#### **IV.2.1.4. Síntesis final y discusión de resultados de la Tríada Cognitiva.**

Los resultados más significativos de la tríada cognitiva nos informan de cómo estas adolescentes incorporan la información que procede de su entorno (Procesamiento), cómo la identifican o traducen a otros códigos (Mediación) y, finalmente, cómo elaboran nuevos

conceptos con ella (Ideación).

#### IV.2.1.4.1. Procesamiento de la información.

- **Características comunes a las tres muestras:**

Cuando estas adolescentes realizan el registro de la información, son más numerosos los rasgos que comparten que los que las diferencian de forma significativa. Todas ellas:

Tabla 57. *Procesamiento: variables comunes.*

❖ <i>Lambda.</i>
❖ <i>Zf</i> ↑.
❖ Localización: <i>W</i> ↑, <i>D</i> ↓, <i>Dd</i> ↑.
❖ <i>S</i> > 3 ↑.
❖ Ausencia: <i>HVI</i> ; <i>OBS</i> ; <i>PSV</i> .

Nota: ↑ = elevado; ↓ = disminuido.

- a) Tienen cierta tendencia a simplificar el campo estimular (*Lambda*).
- b) A pesar de este sesgo inicial, se esfuerzan en organizar los estímulos y crear relaciones significativas entre ellos (*Zf*).
- c) Afrontan la tarea de forma poco práctica (*D*% bajo), oscilando entre percepciones demasiado generales y panorámicas (*W*% alto) y/o perdiéndose en aspectos excesivamente parciales y sesgados (*Dd*% alto), más como forma de eludir la implicación que por un afán de excesivo perfeccionismo (*OBS* negativo).
- d) En su forma de contactar con el entorno aparece una actitud hostil, muy opositorista (*S* elevado), pero exenta de recelo y desconfianza (*HVI* negativo).

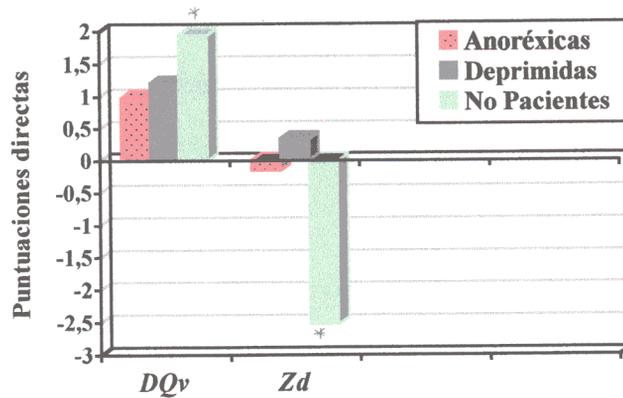
- **Características diferenciales: Muestra de anoréxicas.**

- a) Captan, en mayor medida que las otras adolescentes, la complejidad y los matices de la información que perciben (*L*; *DQ+*; *DQv*,  $p < 0.05$ , potencia 0.65,  $\eta$  0.26).

b) Realizan un buen registro de los puntos clave de la información estimular ( $Zd$   $p < 0.05$ , potencia 0.79,  $\eta$  0.24).

Gráficamente se representan esas diferencias en la Figura 19.

Figura 19. Procesamiento de la información: Diferencias significativas.



Nota:  $p < 0.05 = *$ .

- **Características diferenciales: Muestra de no pacientes.**

a) Captan la información de forma más negligente ( $Zd$ ) que las otras adolescentes, aunque no llegan a tener un estilo precipitado y descuidado, hipoincorporador.

b) Su procesamiento cognitivo es bastante inmaduro ( $DQv$ ,  $p < 0.05$ ) lo que, al no ser atribuible a limitaciones intelectuales, hace pensar en una forma de evitar la definición y el compromiso.

- **Resumen:**

➤ Dentro de las limitaciones que comparten con los otros grupos, las pacientes **anoréxicas** son las adolescentes que realizan una captación de la información más completa, compleja y bien discriminada.

Según estos resultados, las conductas extravagantes y compulsivas asociadas a la comida, tales como los rituales en la preparación y consumo de los alimentos, no serían consecuencia de un estilo obsesivo (*OBS*) en su funcionamiento cognitivo y se podrían relacionar, al menos en parte, con las consecuencias de la desnutrición. Recordemos que

este tipo de conductas también aparecían en la investigación del equipo de Minnesota, realizada en los años 50 (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor). Habrá que retomar este punto más adelante, al hablar finalizar el agrupamiento del funcionamiento cognitivo, al hablar de la ideación.

➤ En contra de lo que cabría esperar, las adolescentes del **grupo de control** son quienes recogen los datos que provienen de su entorno con una actitud más cautelosa y simplificadora, de una forma más negligente e inmadura.

#### IV.2.1.4.2. Mediación cognitiva.

Las dificultades que se aprecian en estas adolescentes son bastante similares en los tres grupos evaluados.

- **Características comunes a las tres muestras:**

Tabla 58. *Mediación: Variables comunes.*

❖ <i>Populares.</i>
❖ $F+\%$ ↓.
❖ $X+\%$ ↓.
❖ $X+\% < 50$ ↑.
❖ $X+\% < 0.61$ y $S- < 0.41$ .
❖ $S-\%$ adecuado.
❖ $X-\%$ ↑
❖ $X-\% > 0.29$ ↑.
❖ $Xu\%$ ↑.
❖ $CFB$ ↓

Nota: ↑ = elevado; ↓ = disminuido.

a) Su ajuste perceptivo resulta bastante precario, problemático, tanto cuando se trata de situaciones complejas, que requieren trabajar con diversos tipos de datos simultáneamente ( $X+\%$ ), como cuando han simplificado el campo estimular, reduciéndolo a los aspectos puramente formales ( $F+\%$ ).

b) En la base de este desajuste, no aparecen interferencias emocionales de tipo hostil ( $X+\% < 0.61$  y  $S-\% < 0.41$ ;  $S-\%$ ).

c) Esta falta de ajuste parece deberse, en parte, a que están muy centradas en sí mismas, a que son excesivamente individualistas ( $Xu\%$ ).

d) Influye también, en gran medida, que la codificación que realizan de los estímulos percibidos es muy arbitraria y distorsionada, carente de realismo ( $X-\%$ ).

e) Contrarrestando el dato anterior, esto es, la falta de ajuste perceptivo de los tres grupos estudiados, encontramos la posibilidad de dar respuestas adaptativas y acordes a lo esperado, en situaciones muy convencionales (*Populares*) y la ausencia de confabulaciones (*CFB*).

- La **única variable significativa** de toda esta constelación, la constituye la mayor presencia de respuestas comunes, habituales, en el grupo de **no pacientes** ( $FQxo$ ,  $p < 0.01$ , potencia 0.82,  $\eta$  0.26) frente al grupo de pacientes deprimidas. Este dato, contrarresta, en alguna medida, el hecho inesperado de hallar desajustes perceptivos en este grupo de control, alteraciones se pueden entender por una doble vía:

1. Por una parte, se trata de una muestra de chicas que se prestan voluntariamente a colaborar en la investigación. Ciertamente es que, en la mayoría de investigaciones psicológicas, se recurre a este tipo de muestras, a veces las únicas accesibles pero este tipo de muestreo puede introducir sesgos importantes.

2. Por otra parte se trata de sujetos adolescentes, que atraviesan un periodo evolutivo de

rebeldía y cuestionamiento, una etapa de grandes desacuerdos, contradicciones y sesgos, con lo que los datos obtenidos, son menos llamativos y menos definitivos o preocupantes de lo que resultarían en una muestra de no pacientes adultos.

#### IV.2.1.4.3. Ideación.

Los tres grupos comparten algunas características, pero es en esta parte del funcionamiento cognitivo, que corresponde a la elaboración de la información, donde las pacientes anoréxicas presentan mayores diferencias, avaladas por buenas potencias estadísticas y donde aparece el núcleo más importante de su patología.

- **Características comunes a las tres muestras.**

Tabla 59. *Ideación: Variables comunes.*

❖ <i>EB ambigüal.</i>
❖ <i>MQ-; M-&gt;I.</i>
❖ <i>Sum6CCEE (Suma códigos especiales).</i>
❖ <i>FM + m.</i>
❖ <i>MOR ↑.</i>
❖ <i>Intelectualización &gt; 3.</i>

**Nota:** ↑ = elevado.

a) Predominio de *EB ambigüal* en los tres grupos, aunque con distinto peso en cada uno de ellos (Figura 20, pág 367). Se puede decir que en las tres muestras analizadas una parte importante de adolescentes no tiene un estilo definido de respuesta básica y, por ello, procesarán afecto o tenderán a usar la ideación indistintamente, siendo mucho más impredecibles en su conducta. Es decir, en ocasiones sus procesos de pensamiento se verán impregnados de emoción y en otras situaciones, aún muy similares, las emociones jugarán

un papel muy secundario. Esta forma de funcionamiento psicológico puede mermar la eficacia del sujeto y, además, según las últimas aportaciones de Exner (1997, Octubre), de persistir en la edad adulta, puede favorecer la aparición de psicopatología.

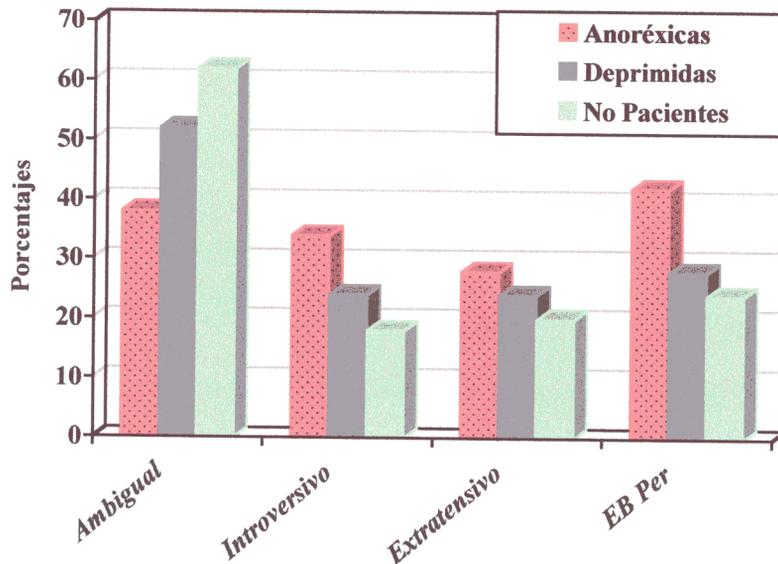
El predominio ambiguo es esperable en niños pero no en adolescentes (datos normativos americanos, Exner 1990, Marzo), ya que a esta edad cabría obtener una mayor definición. Según este resultado, se podría pensar que nuestras jóvenes, en general, son poco maduras o, por lo menos, que son psicológicamente más infantiles que las adolescentes americanas, dato que habría que confirmar con una muestra más representativa. De resultar cierto, quizá pudiera estar relacionado, al menos en parte, con las distintas pautas culturales de la población americana en la que los adolescentes alcanzan su autonomía mucho antes, se independizan a edades más tempranas, por lo que también deben crecer y madurar antes.

- b) Su forma de pensar a veces está algo distorsionada (*MQ-*) y podría llegar a preocuparnos seriamente, en un porcentaje que oscila entre el 12-18% (*M- > I*), si se tratara de una muestra de adultos. En poblaciones adolescentes estas alteraciones pueden ser menos indicativas de psicopatología, al poder ponerse en relación con el momento evolutivo por el que atraviesan, lleno de cambios que se suceden con gran rapidez, a los que deben adecuarse. Además, en la mayoría de estas adolescentes las alteraciones de la ideación no van acompañadas de deslices cognitivos, de trastornos en su forma de pensar (*Sum6 CCEE*).
- c) Estas chicas, en principio, no parecen estar sometidas a alguna sobrecarga ideacional periférica que interfiera y dificulte sus procesos de pensamiento (*FM+m*).
- d) Su ideación es algo pesimista, con matices ocasionales de ideas y/o atribuciones negativas (*MOR*).
- e) No recurren, de forma sistemática a mecanismos de intelectualización para neutralizar el efecto que les puedan producir las emociones (*Intelec.*).

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes anoréxicas.**

a) Es el grupo en el que los diversos estilos vivenciales están más uniformemente representados. Hay una menor presencia de *EB ambigual* en relación a los otros dos grupos, como se observa en la Figura 20.

Figura 20. Estilos vivenciales (*EB*) en las tres muestras.



b) Esta mayor definición en su estilo básico de respuesta que, en principio, podría resultar un dato positivo, al ser muy rígido (*EB Per* = 42%), dificulta su capacidad de adaptación y las hace más ineficaces ante aquellas situaciones que requieren formas de comportamiento distintas a las que habitualmente manifiestan. También supone un obstáculo para su abordaje psicoterapéutico.

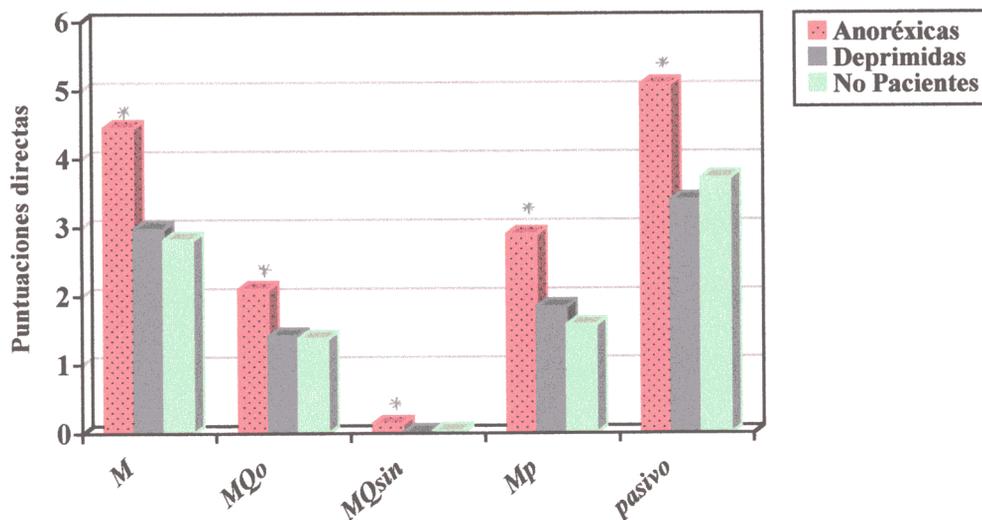
c) En general, utilizan la reflexión deliberada en mayor medida que el grupo de pacientes deprimidas ( $M$ ,  $p < 0.05$ , potencia 0.68,  $\eta$  0.24) y este pensamiento, aunque suele tener un buen ajuste perceptivo ( $MQo$ ;  $p < 0.05$ ; potencia 0.74,  $\eta$  0.24), alterna con ocasionales reflexiones sin estructura, sin contención, basadas en percepciones casi de tipo delirante ( $MQsin$ ;  $p < 0.05$ ), sin apenas base real. Halmi (1962) señala la existencia de este tipo de

cogniciones en la AN y BN, sin que por ello resulte dificultoso el diagnóstico diferencial con la psicosis.

d) Su ideación, su forma de pensar resulta, además, muy pasiva (*pasivo*;  $p < 0.05$ ; potencia 0.77,  $\eta^2 0.24$ ), afectando esta pasividad a su reflexión deliberada (*Mp*,  $p < 0.05$ ; potencia 0.78,  $\eta^2 0.26$ ), por lo que puede convertirse en una forma de pensar evitativa, rumiadora, que reiteradamente da vueltas a las mismas ideas sin buscar soluciones, que no les sirve para resolver los problemas, por lo que acaban delegando responsabilidades y esperando que las soluciones vengan de los demás o sean casi mágicas. Todo ello hace que su proceso reflexivo les resulte ineficaz.

e) La representación gráfica de estas diferencias halladas en la forma de pensar de estas adolescentes, se refleja en el siguiente diagrama de barras.

Figura 21. Ideación en las tres muestras de adolescentes evaluadas.



Nota:  $p < 0.05 = *$ .

Este tipo de ideación pasiva hace más vulnerables a estas adolescentes, ya que permite una aceptación de ideas o conductas exentas de cualquier tipo de crítica. Según se comentó con anterioridad, la presión sociocultural en el tema de la delgadez es notoria y se ofrecen modelos triunfadores donde la imagen ocupa un lugar primordial. También se señaló la

importancia de la búsqueda de identidad en la adolescencia y lo significativa y problemática que resulta la imagen en este periodo evolutivo. Todo esto provoca que la ideación pasiva de este grupo, pueda colaborar en la aceptación de estos modelos y presiones sociales aún con mayor facilidad, sin ningún tipo de cuestionamiento.

f) El funcionamiento ideativo, la forma de pensar de estas pacientes permite entender por qué muchos autores relacionan la anorexia con la psicopatología obsesiva (TOC). Las referencias bibliográficas que aluden a estas relaciones son múltiples:

- ⇒ La frecuencia de TOC oscila según los autores: Garfinkel y Garner (1982), en una revisión bibliográfica realizada entre 1969-1979, obtienen valores que abarcan desde el 6% en la muestra de Cantwell al 23% en la muestra de Morgan y Russell. Toro y Vilardell (1987), aportan cifras de un 15%, basándose en una muestra de 20 anoréxicas. La APA (1993) valora la tasa de prevalencia de TOC en AN en torno al 25%. Fernández y Turón (1998) encuentran tasas del 5% en su muestra de 75 anoréxicas.
- ⇒ Algunos investigadores consideran, incluso, la AN como una forma de TOC (Holden, 1990; Rothenberg, 1986). Holden señala en su estudio que el 11% de pacientes con TOC tenía una historia previa de AN.
- ⇒ Smart, Beaumont y George (1976) confirmaron, mediante exploraciones psicométricas, los rasgos obsesivos presentes en las anoréxicas. Esto ha sido corroborado posteriormente por otro estudio de Solyom, Miles y O'Kane, citado por Garfinkel y Garner (1982). Por su parte, Yellowless (1985) concluye que el 59% de sus 16 anoréxicas no bulímicas y el 67% de sus 15 anoréxicas bulímicas manifiestan síntomas compulsivos, detectados a través del Cuestionario de delirios, síntomas y estados (*Delusions, Symtoms and States Inventory: DSSI*). Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens (1985) detectan un 14% de TOC en sus anoréxicas restrictivas, según criterios *DSM III*.

⇒ Chinchilla (1995) revisa el diagnóstico de TOC según criterios *DSM III-R* y observa que:

\* Las conductas de los pacientes anoréxicos se asemejan a las compulsiones, aunque no están dirigidas a neutralizar o prevenir el malestar o alguna sensación temida, sino que están a merced del deseo de estar delgados. Tampoco reconocen que esas conductas sean excesivas o irracionales.

\* Los pensamientos son recurrentes, persistentes e intrusivos acerca de la imagen corporal y el deseo de adelgazar. Diversos autores coinciden en este punto (Toro y Vilardell, 1987; Turón, 1997). Sin embargo, la mayoría de pacientes con TCA no considera estos pensamientos absurdos ni intenta ignorarlos o suprimirlos; Chinchilla (1995) opina que este argumento no es suficiente para descartar una obsesión, porque en pacientes con TOC muy cronificados esta resistencia activa frente al síntoma suele estar ausente.

⇒ También se ha cuestionado si parte de esta sintomatología obsesivo-compulsiva puede estar determinada biológicamente a través de los estados de inanición (Toro y Vilardell, 1987). Garfinkel y Garner (1982) se plantean si la AN, con sus alteraciones cognitivas y conductuales desencadena un trastorno semejante al TOC o si la malnutrición es la responsable de la aparición de esta patología. Según Toro (1995) la obsesividad es una característica que suele darse en las pacientes anoréxicas con anterioridad al inicio de su trastorno y la malnutrición incrementa o precipita las características obsesivas, por lo que la interacción entre la AN y el fenómeno obsesivo suele ser trascendental en muchos casos. Kaye, Weltzin y Hsu (1993) hipotetizan que ambos trastornos configuran un conjunto de alteraciones neurobiológicas comunes, que da lugar a una psicopatología similar que, sin embargo, se diferencia en los contenidos.

Según esto, parece que bajo la psicopatología anoréxica subyace un sistema complejo de interacciones neurobiológicas.

⇒ Los datos de esta investigación no avalan la presencia de un TOC, pero permiten entender el funcionamiento cognitivo de estas pacientes. Aunque su modo de procesar la información y los procesos mediadores no correspondan en absoluto al funcionamiento cognitivo obsesivo, la ideación deliberada pasiva, en cortocircuito, que no sirve para encontrar soluciones a los problemas ni se traduce en cambios de conducta eficaces, sí puede manifestarse en la clínica con una apariencia obsesiva.

⇒ Fernández y Turón (1998) hablan de pensamientos de características obsesivoides y concluyen que los criterios diagnósticos *DSM (III, III-R y IV)* son poco precisos para TOC, lo que favorece la comorbilidad, no establece criterios de patología primario o secundario y no contempla la enfermedad desde el punto de vista longitudinal.

⇒ Otra consecuencia importante de los resultados de esta investigación hace referencia al tratamiento de la anorexia. Los trastornos en la ideación detectados en *Rorschach* y que en la práctica clínica manifiestan una estrecha relación con los temas que rodean la alimentación, manteniéndose un pensamiento adecuado en otros temas, señalan la terapia cognitiva como la estrategia de elección para abordar estas distorsiones.

Por tanto, en el diseño global del tratamiento de una paciente anoréxica, que dada su complejidad, deberá ser asumido por un equipo multidisciplinar, será necesario incluir, junto a otros abordajes, una parte dedicada a realizar una reestructuración cognitiva para modificar esa forma de pensar, esa ideación alterada (García Alba, 1996).

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes deprimidas.**

Lo que aparece con mayor claridad en este grupo, sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico diferencial con la AN, es la forma de pensar de estas pacientes deprimidas:

a) Utilizan la ideación deliberada en menor medida ( $M$ ;  $p < 0.05$ ). Son menos rígidas ( $EB$   $Per = 28\%$ ), menos pasivas (*pasivo*;  $p < 0.05$ ) y no tienen pensamientos delirantes ( $MQsin$ ;  $p < 0.05$ ).

b) Aunque presentan, eventualmente, deslices cognitivos y, cuando éstos aparecen, son importantes ( $Sum6$   $CCEE2$ ;  $p < 0.05$ ).

- **Características diferenciales: Muestra de no pacientes.**

a) Su ideación deliberada tampoco es tan pasiva ( $Mp$ ;  $p < 0.05$ ) como la de las pacientes anoréxicas, por lo que van a poder tomar parte más activa en cuanto les sucede y buscar soluciones a los problemas que tengan planteados.

b) Su pesimismo no llega a tener un peso importante ni en su forma de pensar ni en su forma de relacionarse ( $MOR > 2$  ausente en el 88%).

- **Resumen:**

➤ Los desajustes perceptivos (Mediación) que presentan las **pacientes anoréxicas** son similares a los que hallamos en los otros grupos de referencia.

➤ Lo patonogmónico de estas pacientes son los problemas de pensamiento, su **ideación**. Estas dificultades que se constatan en el test de *Rorschach*, aparecen también subrayadas en la actualidad por diversos autores como capitales en esta patología:

⇒ Según Turón (1997) en la AN hay pensamientos alterados relacionados con la dieta y la figura, que se asocian a pensamientos más complejos: ser delgado implica perfección, autocontrol y virtud. Sus pensamientos distorsionados atentan a los conocimientos básicos de la fisiología y a sus propios conocimientos, acertados en otras áreas (ej., creen que los alimentos se convierten en grasa por sus características y no por la cantidad o por su valor calórico). Desarrollan una percepción extrema para detectar las variaciones mínimas de su mecánica digestiva y las interpretan a la luz de sus

cogniciones erróneas, sirviéndoles para reelaborar pensamientos y conceptos cada vez más alejados de la realidad.

- ⇒ Brusset (1990), desde una óptica psicoanalítica, dice que las sensaciones corporales invaden el pensamiento, sustituyendo otras actividades mentales e incluso cualquier actividad de representación. Esto implica unas rumiaciones ideativas interminables acerca del peso, régimen, esfuerzo y lucha contra el cuerpo y sus necesidades.
- ⇒ Garner (1993) refiere 37 creencias distorsionadas, errores de razonamiento y trastornos cognoscitivos, que podrían participar en la predisposición a la enfermedad o en su mantenimiento.
- ⇒ Morandé y cols. (1995), hablan de la presencia de distorsiones cognitivas en algún momento de la enfermedad, coincidentes con una mayor gravedad del cuadro. Aparece una actividad delirante de naturaleza corporal, que debe diferenciarse de otros cuadros delirantes.
- ⇒ Hsu (1980) afirma que las creencias patológicas en relación a la comida y el peso persisten después de la recuperación clínica y presentan el mismo tipo de distorsión que el de aquellas pacientes que todavía están sintomáticas.
- ⇒ Garner y Bemis (1982) han intentado sistematizar las irregularidades del pensamiento de las anoréxicas una vez instaurado el trastorno, y han puesto de manifiesto la existencia de las siguientes alteraciones: (a) Abstracciones selectivas, llegando a conclusiones a partir de consideraciones muy parciales; (b) Generalizaciones excesivas; (c) Magnificación de posibles consecuencias negativas; (d) Ideas de autorreferencia; (e) Pensamiento supersticioso, aceptando relaciones de causa-efecto entre acontecimientos no contingentes. Estos pensamientos facilitan la toma de decisiones inicial encaminada a adoptar una dieta restrictiva y, a lo largo del proceso anoréxico, constituyen un

poderosísimo factor de mantenimiento del cuadro y son sumamente resistentes a la crítica racional.

⇒ En este mismo sentido se pronuncian recientemente González y Jiménez (1997), señalando la importancia de este tipo de cogniciones en el origen y mantenimiento del trastorno e, incluso, en las posibles recaídas.

➤ La importancia de los datos que aquí se presentan estriba en que proporcionan una base empírica, sólida, a las teorías e hipótesis explicativas previas de los problemas de pensamiento en la AN. Este soporte empírico, realizado desde la perspectiva de la evaluación psicológica, no ha encontrado, en la bibliografía consultada, otro estudio homologable en cuanto a número de sujetos e instrumentos utilizados, con el que pudieran compararse sus resultados.

#### **IV.2.2.- CONTROL Y TOLERANCIA AL ESTRÉS. TENSION SITUACIONAL.**

A través de este agrupamiento se puede constatar qué posibilidades tiene el sujeto de utilizar sus recursos disponibles, formular y poner en práctica sus decisiones y hacer frente a los eventuales incrementos de malestar que la vida cotidiana conlleva. Hay una gran relación entre los estímulos irritativos, que actúan desde el interior del sujeto y las capacidades de control. Por ello, a mayor capacidad de control, mayor será la posibilidad de soportar aumentos de tensión psíquica.

##### **IV.2.2.1. Control y tolerancia al estrés: *D* Ajustada y *CDI; EA; EB; es; eb.***

Aunque estas variables hacen referencia a la capacidad que tiene el sujeto de controlarse y tolerar el malestar psíquico, no van a indicar si las conductas elegidas son eficaces o

adaptativas para el sujeto o no lo son. La información sobre la adecuación y la eficacia del comportamiento se obtendrá en la revisión de otras variables, especialmente del ajuste perceptivo (Exner y Sendín, 1995).

La puntuación ***D Ajustada (Adj D)***, como se comentó anteriormente al hablar de depresión (Apartado IV.1.1.4), es un buen indicador de la capacidad del sujeto para controlar y dirigir sus conductas en circunstancias habituales, habiendo eliminado los factores de sobrecarga situacional que están contenidos en la puntuación *D*. En los datos de la Tabla 60 (pág. 376) se observa que todos los grupos se sitúan en torno a la puntuación 0 en esta variable, indicando que todas estas adolescentes tienen, en principio, una capacidad adecuada para buscar respuestas significativas a las demandas que se les planteen. De este modo, la mayoría de sus conductas se mantendrán bajo su control y serán capaces de tolerar las tensiones habituales de la vida cotidiana. Es en el grupo de pacientes anoréxicas donde se encuentra la mejor puntuación, con diferencias significativas frente al grupo de pacientes deprimidas ( $p < 0.05$ , potencia 0.65,  $\eta^2 = 0.22$ ), significación que se hace extensiva al grupo de no pacientes utilizando el contraste de Student-Newman-Keuls, menos estricto que el de Tukey, empleado habitualmente en esta investigación. Es decir, que las anoréxicas de nuestra muestra son las adolescentes que muestran una mayor capacidad (Tabla 61, pág. 377,  $Adj D < 0 = 24\%$ ), para controlar y dirigir sus conductas y sólo en condiciones de estrés intenso, prolongado o inesperado les fallarán estos controles.

- El ***CDI***, analizado también al hablar de depresión (Apartado IV.1.1.2) indica, en cuanto a capacidad de control, si es **positivo ( $CDI \geq 4$ )**, que el sujeto tiene dificultades para responder a muchas situaciones sociales, debido a su desvalimiento, lo que le va a provocar comportamientos muy similares a los que se producen en situaciones de sobrecarga. Por tanto, las personas con *CDI* positivo, se verán sobrecargadas con facilidad.

Tabla 60. Controles y tensión situacional: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	$\eta$	Potencia		
<b>CONTROL Y ESTRÉS</b>							
EA*							
Adj D*	4.12 (p = 0.018)*	Anoréxicas > No Pacientes. Anoréxicas > Deprimidas.	7.08 (p = 0.029)*	0.22	0.72		
es	3.51 (p = 0.032)*						
PuntD	0.05 (p = 0.947)					0.22	0.65
Sum SH* •	2.16 (p = 0.119)	Deprimidas > No Pacientes				0.00	0.06
				0.17	0.44		
				(0.10)	(0.22)		

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
EA	5.81	3.49	5.00	5.13	3.00	0.87	7.89	4.74	6.50	4.75	5/6.	1.32	6.00	3.68	5.25	5.00	3/4.	1.20
Adj D	-0.50	1.23	0.00	1.00	0.00	-0.65	0.04	1.55	0.00	0.25	0.00	0.68	-0.64	1.26	0.00	1.00	0.00	0.23
es	9.30	6.36	7.00	7.25	5.00	1.29	9.66	5.18	8.00	6.25	8.00	1.40	9.42	5.00	9.00	6.00	9.00	0.45
PuntD	-0.98	1.68	0.00	1.00	0.00	-1.13	-0.44	1.77	0.00	1.00	0.00	0.52	-1.08	1.50	-1.00	2.00	0.00	-0.43
Sum SH	4.38	4.63	3.00	5.00	2.00	1.59	4.90	3.25	5.00	3.00	5.00	2.02	5.46	3.38	5.00	4.25	4.00	0.31

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\*; p < 0.05 = \*. Sombreado: variables significativas. • Variables transformadas pero no homocedásticas.

- Estadísticos univariantes: sombreado variables paramétricas: media, desviación típica; sombreado no paramétricas: mediana, recorrido inter-cuartil (RIC).

Tabla 61. Controles y tensión situacional: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
<i>Adj D</i> < 0	5.82	0.19	0.054	30%	70%	24%	76%	46%	54%
<i>CDI</i> ≥ 4	3.45	0.15	0.178	66%	34%	48%	52%	60%	40%
<i>EA</i> < 6*	6.25	0.20	0.044*	62%	38%	38%	62%*	56%	44%
<i>es</i> > <i>EA</i>	0.21	0.04	0.896	78%	22%	74%	26%	76%	24%
<i>D</i> < <i>Adj D</i>	0.19	0.04	0.910	28%	72%	32%	68%	30%	70%
<i>m</i> + <i>Y</i> > 2	3.17	0.14	0.205	34%	66%	50%	50%	36%	64%
<i>T</i> > 1	2.65	0.13	0.266	8%	92%	10%	90%	8%	92%

Nota: -  $p < 0.001 = ***$ ;  $p < 0.01 = **$ ;  $p < 0.05 = *$ .

- Sombreado: variables significativas

- *Adj D*: el 46% corresponde a un análisis de residuos = 2.3.

En la variable *CDI* (Tabla 61) las adolescentes de los tres grupos resultan bastante inhábiles, sin diferencias significativas entre ellas ( $CDI \geq 4$  entre 48%-66%) y con bastantes posibilidades de sentirse indefensas y desorganizarse ante las demandas sociales habituales. Integrando ambas variables se puede decir que estas adolescentes tienen, en general, una capacidad de control bastante adecuada (*Adj D*), pero que un porcentaje importante de ellas se sienten indefensas, sin recursos o directamente asustadas por las demandas sociales habituales ( $CDI \geq 4$ ), con lo que corren el riesgo de desorganizar su conducta si la situación externa se complejiza.

- La puntuación *EA*, **experiencia accesible**, se define como la cantidad de recursos que tiene disponibles el sujeto y le van a permitir tomar decisiones y llevarlas a la práctica, por lo que complementa la información de *Adj D*. En adultos se espera que los recursos de una persona ( $EA =$  suma de ambos lados de *EB*) sean suficientes ( $EA \geq 6$ ) y superiores a los estímulos irritativos que actúan sobre ella ( $es =$  estimulación sufrida = suma de ambos lados del *eb*), es decir, se espera  $EA > es$ . En los niños la situación es distinta pues el valor de *EA* se va elevando cada año, entre la edad de 5 a 13 años, lo que sugiere la existencia de una relación entre *EA* y ciertos elementos del desarrollo (Exner, 1993/1994). Además, los estados de sobrecarga en los niños ( $es > EA$ ) son relativamente frecuentes y únicamente se consideran relevantes como índices psicopatológicos a partir de los 16 años (Exner y Sendín, 1995).

En los grupos estudiados, de edades comprendidas entre 13 y 16 años, se observa un porcentaje muy elevado de adolescentes en las que esta relación todavía permanece invertida ( $es > EA$ , Tabla 61), por lo que se puede concluir que casi todas estas adolescentes (74% a 78%) pueden sufrir algún tipo de interferencia cuando utilizan sus recursos deliberados.

#### IV.2.2.2. Estrés situacional: Diferencia entre las puntuaciones *D* y *D* Ajustada; Variables *m*, *Y*, *T*; Análisis de las respuestas complejas.

Existen situaciones, más o menos prolongadas, en las que la capacidad habitual de control del sujeto se altera temporalmente, debido a un incremento de la ideación periférica o a un aumento de sentimientos dolorosos, relacionados con circunstancias especialmente difíciles que ocurren en su entorno y le afectan significativamente. Esto producirá en el sujeto la sensación de ser incapaz de resolver los problemas que se le planteen o de correr el riesgo de perder el control, dando lugar a conductas menos eficaces.

A continuación se revisa un conjunto de variables *Rorschach* que señalan la presencia de este estrés situacional. Cuando están presentes, a pesar del intenso sufrimiento que producen en el sujeto, al estar ligadas a factores externos, suponen un pronóstico mucho más favorable que cuando se trata de una sobrecarga crónica (*Adj D*).

- La **puntuación *D*** indica la capacidad de control y de tolerancia al estrés que una persona tiene en el momento actual, mientras que la **puntuación *D* ajustada (*Adj D*)** se refiere a estas mismas capacidades pero en situaciones rutinarias o habituales, habiendo eliminado la sobrecarga situacional que pudiera existir en el momento actual. En adultos se espera que ambas puntuaciones tengan signo positivo y sean muy semejantes entre sí. La diferencia entre estos dos índices se debe siempre a la existencia de tensión situacional e indica que la tolerancia actual al estrés es inferior a la habitual.

La puntuación *D* (Tabla 60), negativa en los tres grupos, es ligeramente inferior a la puntuación *Adj D*, encontrándose cierta sobrecarga actual en un 28%-32% de estas adolescentes (Tabla 61,  $D < AdjD$ ), sin que las diferencias entre los grupos lleguen a alcanzar significación alguna.

- De todas las variables *Rorschach*, las respuestas de **movimiento inanimado, *m***, y las

respuestas de **sombreado difuso**,  $Y$ , son las que mejor reflejan el estrés situacional,  $m$  a nivel ideacional e  $Y$  en el área afectiva. Ambas variables son muy inestables y aumentan o disminuyen rápidamente, en función de que aumenten o disminuyan las situaciones externas generadoras de tensión. Se admite que una  $m$  y una  $Y$  pueden ser generadas, incluso, por la propia situación del exámen psicológico, por lo que todo lo que exceda este número, se considera procedente de otras circunstancias que están aumentando la tensión del sujeto en ese periodo concreto de su vida ( $m + Y > 2$ ). El ji-cuadrado realizado a esta fórmula, que aparece en la Tabla 61, especifica que cierta tensión situacional se halla presente en bastantes de estas adolescentes (34%-50%), sin que haya diferencias significativas entre los tres grupos, si bien en el grupo de pacientes anoréxicas es donde la presencia de esta variable es más frecuente (50%).

- Finalmente se realizó un análisis de las respuestas de **textura** ( $T$ ), cuyo aumento ( $T > 1$ ), relacionado con sentimientos de soledad y dolor intenso, puede deberse a pérdidas afectivas importantes; en este supuesto, el aumento de  $T$  no se produce inmediatamente, tras la pérdida, sino a medio plazo. Por ello, aunque no es una variable totalmente situacional, como  $m$  e  $Y$ , cuando la *puntuación D* señala mayor sobrecarga que *Ajd D*, debe también estudiarse  $T$ , ver si está aumentada y, en caso de estarlo, ver si el incremento puede explicarse por la existencia de pérdidas importantes en la historia reciente del sujeto. En la Tabla 61 el ji-cuadrado que se practicó proporciona resultados muy similares en los tres grupos, pudiendo descartar la presencia de esta variable como especialmente generadora de tensión.

- El análisis de **respuestas complejas**, muy rico en matices al estudiar las distintas combinaciones posibles de respuestas de sombreado, no se llevó a cabo por tratarse de un aspecto cualitativo, generador de mucha información en un protocolo concreto pero muy

complicado de integrar en el contexto de esta investigación.

#### IV.2.2.3. Síntesis final y discusión de resultados sobre Capacidad de Control y

##### Tensión Situacional.

Las situaciones de tensión por las que atraviesan estas adolescentes son, cuantitativamente, bastante similares, pero aparecen diferencias importantes tanto en la capacidad para controlar y dirigir sus conductas en circunstancias habituales, como para soportar aumentos de tensión.

- **Características comunes a las tres muestras.**

Tabla 62. *Controles. Estrés situacional: variables comunes.*

Controles.	Estrés situacional.
❖ $es$	❖ $D; D < Adj D.$
❖ $es > EA$	❖ $m + Y > 2.$
❖ $CDI \geq 4.$	❖ $T > 1.$

a) La cantidad de estimulación interna que soportan estas adolescentes ( $es$ ) es aceptable, pues se halla dentro de los límites esperados a estas edades, pero en un porcentaje muy elevado de casos, esta estimulación les va a producir ciertas interferencias ( $es > EA$  en 74% a 78%) cuando utilicen sus recursos deliberados, algo escasos, lo que va a mermar su capacidad de control.

b) Las dificultades que presentan muchas de ellas cuando se relacionan socialmente en su entorno ( $CDI \geq 4 = 48\%-66\%$ ) pueden producirles sentimientos de desvalimiento y hacer que se sientan sobrecargadas con facilidad, empeorando con ello su posibilidad de controlarse y de dar respuestas adecuadas cuando las situaciones sociales se complejizan.

Este hallazgo resulta interesante, pues muchos autores señalan la ineficacia social como un aspecto relevante en la patología anoréxica (Bruch, 1962; Toro, 1995). No obstante, en esta investigación, estas dificultades se constatan, pero son compartidas también por las adolescentes deprimidas y las del grupo de control.

c) Existe una cierta tensión situacional en los tres grupos ( $D < Adj D$ ), algo más acusada en el grupo de anoréxicas ( $m + Y > 2 = 50\%$ ). Este dato es esperable en unas pacientes que están en situación de ingreso hospitalario (Polaino y Lizasoain, 1990), totalmente en contra de su voluntad, tanto por considerarlo innecesario, pues creen que a ellas no les pasa nada, como por oponerse a la recuperación ponderal, que se efectúa aún a pesar suyo y determina el ingreso en la mayoría de los casos. También es posible que esa tensión sea un equivalente a los problemas que los padres aprecian y describen como angustia (*CBCL*, subescala de ansiedad,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta$  0.36), sobre todo en los temas que se relacionan con la alimentación, pero que ellas no reconocen como ansiedad (*MMPI*, escala 7,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta$  0.36).

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes anoréxicas.**

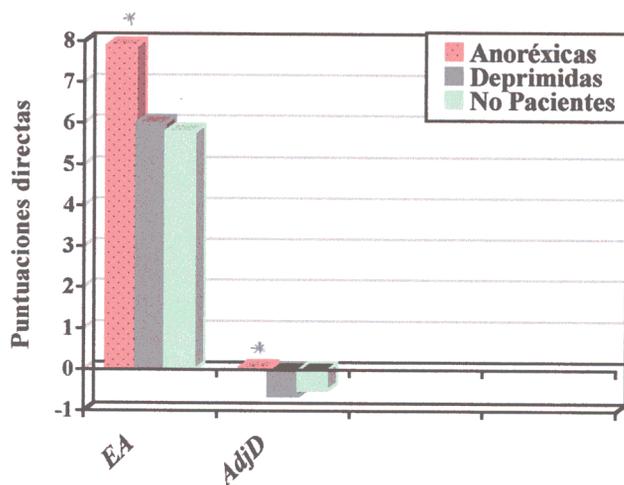
a) Al tratarse del grupo que cuenta con mayores recursos ( $EA$   $p < 0.05$ , potencia 0.72,  $\eta$  0.22;  $EA < 6$ ,  $p < 0.05$ ) con los que hacer frente a los estímulos irritativos que las puedan invadir ( $es > EA$ ;  $M + Y > 2 = 50\%$ ) y a las dificultades sociales que tengan que solventar ( $CDI \geq 4$  en 48%), el descontrol, producto de esta sobrecarga, les va a afectar en menor medida.

b) Además, estas adolescentes son las que van a poder decidir mejor cuáles son las conductas que quieren llevar a cabo y van a poderlas poner en práctica sin descontrolarse, sin impulsividad ( $Adj D$ ,  $p < 0.05$ , potencia 0.65,  $\eta$  0.22). Sin embargo, éstos datos no garantizan que las conductas elegidas sean las más eficaces ni que resulten las más

adaptativas para ellas. Los resultados se recogen en la siguiente figura:

Figura 22. Recursos (EA) y capacidad de control habitual (Adj D) en las tres muestras.

Nota:  $p < 0.05 = *$ .



Algunos autores han señalado la importancia del control en el comportamiento anoréxico, desde distintas perspectivas y posicionamientos:

- ⇒ Pérez Galdós (1998, Junio) considera que el control del hambre es una conducta megalomaniaca que se convierte en fuente de placer para la anoréxica.
  - ⇒ Prata (1998, Junio) opina que la conducta anoréxica de negar las necesidades corporales es una forma de buscar y asumir el poder, una búsqueda de confirmación, ya que su posición familiar es la de perdedora y tiene que lograr que la valoren.
  - ⇒ En un estudio realizado por Huon y Brown, citado por Cid y Santiago (1999), se pone de manifiesto que la anoréxica tiene baja autoestima, una valoración negativa de su aspecto personal y conciencia de bajo auto-control. Según estos autores, estas características empujan a la anoréxica a buscar auto-control a través de la autodisciplina que se impone con el comportamiento alimentario restrictivo.
- c) Poniendo en relación los recursos (EA) y la capacidad de control (Adj D) detectados en las pacientes anoréxicas de nuestra muestra, con las conclusiones derivadas de su

funcionamiento cognitivo (Apartado IV.2.1.4), se puede entender que la decisión de no comer, consecutiva a su distorsión ideativa (Apartado IV.2.1.4.3), pueda ser fruto de una decisión deliberada aunque distorsionada que son capaces de llevar a la práctica (*EA*), firmemente, sin descontrolarse (*Adj D*) y sin que les reporte un malestar psíquico excesivo. Es decir, que sus recursos, puestos al servicio de una conducta inadecuada, e incluso destructiva, hacen que esa conducta sea difícilmente modificable y muy resistente al tratamiento psicoterapéutico.

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes deprimidas.**

a) Aunque la tensión situacional que soportan ( $m + Y > 2 = 36\%$ ) es algo menor que la que sufren las pacientes anoréxicas, el monto total de estímulos irritativos es mucho mayor, debido a la sobrecarga interna de tipo afectivo que padecen, característica de este grupo ( $Sum SH, p < 0.05$ , potencia 0.22,  $\eta 0.10$ ;  $Sum SH > FM + m, p < 0.01$ ) y, por otra parte, esperable en la patología depresiva.

b) Además, las pacientes deprimidas tienen menos recursos accesibles (*EA*;  $EA < 6$  en 56%), por lo que la sobrecarga interna que soportan ( $es > EA$ ), les interfiere y dificulta de forma significativa, (*AdjD*,  $p < 0.05$ , potencia 0.65,  $\eta 0.22$ ) la toma de decisiones y el mantenimiento de sus conductas, favoreciendo su descontrol.

- **Características diferenciales: Muestra de no pacientes.**

a) Llama la atención la escasez de recursos disponibles ( $EA < 6 = 62\%$ ,  $p < 0.05$ ) y la ineficacia social ( $CDI \geq 4 = 66\%$ ) de estas adolescentes que, en teoría o por lo menos en el momento actual, no presentan dificultades que hayan motivado una demanda de ayuda psicológica de ningún tipo. Entre las explicaciones posibles de este hecho se podrían mencionar:

⇒ El tipo de muestreo, de conveniencia, que voluntariamente se presta a la evaluación

psicológica propuesta, a cambio de un comentario final de los resultados obtenidos. Aunque este muestreo es muy habitual en investigaciones psicológicas, puede introducir sesgos importantes.

⇒ El contexto en el que viven estas adolescentes, protegido, estructurado y sin excesivas demandas, con buena capacidad de contención, lo que evita sus posibles descontroles o hace que éstos sean esporádicos y tolerados por sus familias.

b) Se puede concluir que su capacidad de control es peor que la de las anoréxicas y mejor que la de las pacientes deprimidas.

c) De confirmarse este resultado con muestras más representativas de no pacientes, se debería pensar en la inclusión de programas de entrenamiento en habilidades sociales como parte de los programas educativos de nuestros adolescentes, para ayudarles a subsanar estos déficits..

- **Resumen:**

- Las pacientes **anoréxicas** son las que tienen más recursos y mejores capacidades para dirigir y controlar sus conductas y soportar el malestar psíquico.

- Las pacientes **deprimidas** están más sobrecargadas, con mayor sufrimiento interno de tipo afectivo y menor capacidad para soportarlo, por lo que tenderán a desorganizarse más.

- Las **no pacientes** resultan muy vulnerables, por sus escasos recursos y su ineficacia social.

#### **IV.2.3.- OTRAS VARIABLES AFECTIVAS.**

Las emociones intervienen, en mayor o menor grado, en toda la actividad psicológica del sujeto, en todas sus conductas. Son de intensidad muy variable y las posibilidades que tiene

cada persona de manejarlas dependen, en gran medida, del grado de organización y madurez que haya alcanzado su personalidad.

A lo largo del desarrollo evolutivo, las emociones van perdiendo intensidad, a la par que los elementos cognitivos se potencian y organizan, de forma que un adulto, habitualmente, suele poder controlar y dirigir mejor sus afectos de lo que es capaz de hacerlo un niño. No obstante, esta división entre aspectos afectivos y cognitivos es totalmente artificial, útil sólo para poder hablar mejor del funcionamiento psíquico, pero en realidad son aspectos que interactúan y resultan absolutamente inseparables.

**IV.2.3.1.- Índice de depresión (DEPI); EB (Extratensivo); análisis del lado derecho de la eb; FC : CF+C y C pura; Proporción afectiva (Afr); Proyección de color (CP); Respuestas al espacio blanco (S); Respuestas complejas (Complj.), complejas de color-sombreado (Complj. Col-SH) y complejas sombreado (Complj.SH); Proporción de suma de color acromático y suma ponderada de color cromático (Sum C':Sum PondC).**

Las variables que se analizan en este agrupamiento se reúnen en las Tablas 64 (pág. 389) y 65 (pág. 390). Los resultados que hacen referencia a depresión/ansiedad fueron objeto de un estudio detallado en el Apartado IV.1, por lo que ahora se trata de integrar estos resultados en un contexto más amplio, en el funcionamiento afectivo global del sujeto.

- Cuando aparece un **EB extratensivo** en un protocolo *Rorschach* indica que el sujeto va a procesar afecto mientras desarrolla sus procesos cognitivos, por lo que, en estas personas, las emociones ejercen una mayor influencia en toda su actividad psicológica. En consecuencia, en estos sujetos, los trastornos afectivos tendrán mayor importancia y mayor repercusión en su forma de relacionarse con el mundo y en toda su conducta en general.

Cuando aparece depresión en personas que no tienen un estilo definido de respuesta

(ambiguales), esta alteración afectiva repercutirá en su funcionamiento psíquico de un modo más impredecible, resultando que, en ocasiones, sus procesos de pensamiento se impregnarán de emociones negativas y en otras situaciones, aún con circunstancias muy similares, las emociones jugarán un papel muy secundario. Sin embargo, en el caso de los sujetos introversivos, cuyo estilo básico de respuesta es el uso del pensamiento y, en la mayoría de las situaciones, tenderán a utilizarlo automáticamente, parece existir una mayor protección ante los trastornos afectivos; estos sujetos se van a ver más afectados cuando existan problemas de pensamiento, ya que estos son los que tienen un impacto negativo mayor en la piedra angular de su funcionamiento psíquico.

La Tabla que se incluye a continuación recoge el tipo de estilo vivencial (*EB*) de las adolescentes de los tres grupos evaluados que presentan depresión ( $DEPI \geq 6$ ), para poder apreciar la distinta repercusión que va a tener en ellas el trastorno afectivo detectado.

Tabla 63. *Estilo vivencial de los sujetos con  $DEPI \geq 6$ .*

GRUPO	ESTILO VIVENCIAL ( <i>EB</i> )			Suma fila /
	<i>DEPI</i> $\geq 6$			Núm. Casos
	Introversivos	Extratensivos	Ambiguales	
<b>No Pacientes.</b>	1 (2%)	5 (10%)	4 (8%)	10/50 (20%)
<b>Anorexia</b>	5 (10%)	7 (14%)	6 (12%)	18/50 (36%)
<b>Depresión</b>	1 (2%)	10 (20%)	14 (28%)	25/50 (50%)

**Nota:** . La zona sombreada corresponde a las mayores frecuencias encontradas.

En el grupo de pacientes deprimidas, en el que aparece de forma significativa un trastorno afectivo severo ( $DEPI \geq 6$ ,  $p < 0.01$ ), las vivencias de depresión van a tener una importante repercusión en el funcionamiento global de su personalidad (extratensivos), aunque a veces de forma imprevisible (ambiguales). Sin embargo, en las pacientes anoréxicas, cuando coexista depresión, el impacto en su funcionamiento psíquico será algo

menor.

- La relación  $FC : CF+C$  y las respuestas de **color puro** ( $C$ ), son un buen indicador del grado de modulación de las descargas e intercambios afectivos que el sujeto inicia deliberadamente. Completa la información de las puntuaciones  $D$  (Apartados IV.1.1.4 y IV.2.2) pero, mientras ésta alude a las posibilidades de control generalizado en el funcionamiento del sujeto, la fórmula cromática hace referencia a la posibilidad de control en la modulación de la descarga emocional. En sujetos menores de 15 años cabe esperar que la relación sea  $CF + C > FC$ , invirtiéndose en sujetos adultos, es decir, se espera que los niños expresen sus afectos de forma más espontánea y relajada que un adulto medio.

Uniando los resultados de esta relación a la variable que indica la cantidad de recursos afectivos con los que el sujeto cuenta ( $SumPondC$ , Apartado IV.1.1.4), podemos concluir que las adolescentes del grupo de control son las que tienden a manifestar sus emociones de una forma más contenida y controlada (Tabla 64,  $FC > CF+C$ ), mientras que las anoréxicas son las que cuentan, en mayor medida, con una cantidad de recursos afectivos mínimos garantizada ( $SumPondC < 2.5$  ausente en 66% de casos, Tabla 64, aunque las diferencias son poco significativas en la Tabla 65).

- El grado de responsividad del sujeto ante los estímulos afectivos viene dado por la **proporción afectiva** o  $Afr$ , es decir, la proporción de respuestas a las tres últimas Láminas. Los resultados de la Tabla 65 aportan puntuaciones muy similares en los tres grupos ( $Afr \downarrow$ ), denotando que estas adolescentes muestran un interés escaso por procesar estímulos afectivos, una clara tendencia a rehuir este tipo de estímulos, probablemente por la incomodidad que les producen (Tabla 64,  $Afr < 0.46$ ). Esta evitación es una forma de neutralizar los problemas de descontrol, una forma de defensa muy infrecuente en niños y jóvenes, que puede mermar sus intercambios cotidianos, tan importantes para su desarrollo.

Tabla 64. Otras variables afectivas: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
<i>DEPI</i> ≥ 6**	9.86	0.25	0.007**	20%	80%**	36%	64%	50% **	50%
<i>Sum SH</i> > <i>FM</i> + <i>m</i> **	11.68	0.27	0.003**	28%	72%**	46%	54%	62%**	38%
<i>C'</i> > 2*	7.58	0.22	0.023	26%	74%*	34%	66%	52%*	48%
<i>FC</i> > <i>CF</i> + <i>C</i>	5.15	0.18	0.076	40%	60%	26%	74%	20%	80%
<i>SumPondC</i> < 2.5	4.35	0.11	0.114	52%	48%	34%	66%	52%	48%
<i>C</i> > 0	1.08	0.08	0.581	22%	78%	18%	82%	14%	86%
<i>Afr</i> < 0.46	1.02	0.08	0.601	48%	52%	54%	46%	58%	42%
<i>CP</i> > 0	0.21	0.04	0.898	8%	92%	6%	94%	6%	94%
<i>S</i> > 3	0.73	0.07	0.694	42%	58%	34%	66%	40%	60%
<i>Complj. Col.SH</i> > 0	2.78	0.14	0.249	38%	62%	54%	46%	50%	50%
<i>SumC'</i> > <i>SumPondC</i>	0.75	0.07	0.687	22%	78%	16%	84%	22%	78%

Nota: -  $p < 0.001 = ***$ ;  $p < 0.01 = **$ ;  $p < 0.05 = *$ .

- *FC* > *CF* + *C*: el 40% corresponde a un análisis de residuos = 2.2.

- *SumPondC* < 2.5: el 66% corresponde a un análisis de residuos = 2.1.

Tabla 65. Otras variables afectivas: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	$\eta$	Potencia
<i>Afr</i> ♦	0.11 (p = 0.900)		0.51 (p = 0.773)	0.00	0.15
<i>S</i>	0.19 (p = 0.829)			0.00	0.08
<i>Complejas</i>	1.28 (p = 0.282)			0.14	0.27
<i>Sum SH</i> *•			7.08 (p = 0.029)*	(0.10)	(0.22)
<i>Sum C'</i>	1.66 (p = 0.193)			0.14	0.35
<i>Sum C</i>	0.29 (p = 0.745)			0.00	0.10
<i>Sum PondC</i>	0.53 (p = 0.591)			0.10	0.14

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
<i>Afr.</i>	0.47	0.16	0.47	0.23	0.50	0.17	0.46	0.15	0.44	0.19	.3/5	0.80	0.48	0.21	0.43	0.19	0.42	1.92
<i>S</i>	3.42	2.48	3.00	4.00	1.00	0.80	3.18	2.48	3.00	3.00	3.00	1.59	3.46	2.45	3.00	3.00	3.00	0.70
<i>Complejas</i>	3.68	3.64	2.50	4.00	2.00	1.36	4.68	3.64	4.00	3.25	3.00	1.32	3.76	3.11	3.00	3.25	2.00	1.04
<i>Sum SH</i>	4.38	4.63	3.00	5.00	2.00	1.59	4.90	3.25	5.00	3.00	5.00	2.02	5.46	3.38	5.00	4.25	4.00	0.31
<i>Sum C'</i>	1.96	2.36	1.00	3.00	0.00	1.59	1.82	1.67	1.00	3.00	0/1	0.89	2.54	2.18	3.00	3.25	0.00	0.60
<i>Sum C</i>	3.76	2.77	3.00	2.00	2.00	1.29	3.94	2.40	3.00	4.00	3.00	1.04	3.54	2.64	3.00	3.00	2.00	1.03
<i>Sum PondC</i>	2.99	2.39	2.00	3.50	1.00	1.07	3.43	2.46	3.00	3.13	2.5/3	1.39	3.02	2.33	2.00	2.50	2.00	0.92

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\* ; p < 0.05 = \*. ♦ Variables transformadas, • Variables transformadas pero no homocedásticas.

- Estadísticos univariantes: sombreado variables paramétricas: media, desviación típica; sombreado no paramétricas: mediana, recorrido intercuartil (RIC).

- Las **proyecciones de color (CP)**, muy infrecuentes, relacionadas con intentos de encubrir emociones disfóricas de una forma simple e irreal, poniendo color donde no existe, suponen una forma muy burda de simulación, de tipo histeroide o maniaco, que no se observa en ninguno de los grupos (Tabla 64,  $CP > 0$ ).
- Tampoco aparecen diferencias significativas en la frecuencia de utilización del **espacio blanco** de las manchas (**S**), tal y como se muestra en la Tabla 65, pero las puntuaciones que aportan los estadísticos univariantes son bastante elevadas si se comparan con las que aporta Exner (1993/1994) en baremos de adolescentes americanos (media  $\approx 1.40$ ), lo que indica cierto negativismo y oposicionismo presente en nuestras adolescentes, incluso con mucha frecuencia la existencia de una marcada hostilidad (Tabla 64,  $S > 3$ ).
- En las **respuestas complejas (Complj.)** el sujeto aporta más de un determinante en la misma respuesta, desarrollando una actividad cognitiva más elaborada de lo esperado, y esto suele ocurrir, habitualmente, en un 20%-25% de las respuestas de cada protocolo. Las diferencias del AV (Tabla 65) carecen de significación, pero con puntuación media más baja en el grupo de no pacientes, indicando que las tendencias simplificadoras que se señalaban antes como propias del grupo de control ( $L > 0.99 = 48\%$ ) se confirman una vez más.

Dentro de estas respuestas complejas merecen mención especial aquéllas que combinan la utilización del color con el sombreado (**Col. SH**), cuya presencia hay que poner en relación con experiencias emocionales confusas, ambivalentes y generadoras de sufrimiento para el sujeto, que están presentes en los tres grupos de forma bastante similar (Tabla 64,  $Complj Col SH > 0$ ).

- Finalmente, la fórmula introducida por Exner en 1.995, **Sum C' : Sum PonC**, es decir, la proporción entre constricción afectiva (**C'**) y manifestación de emociones deliberadas (**Sum PondC**), que habitualmente se espera que aparezca muy disminuida en el lado

izquierdo, se analiza en la Tabla 64. Cuando aparece  $Sum C' > Sum PondC$ , estamos ante una persona que internaliza afectos de forma excesiva, con lo que aumenta su tensión interna y se favorece la expresión del conflicto a través del cuerpo. En estas muestras se puede apreciar que, a pesar de la importante constricción emocional de las pacientes deprimidas ( $C' > 2$ ,  $p < 0.05$ ) y de la escasez de recursos afectivos que manifiestan ( $SumPondC$ ), no hay diferencias significativas entre los tres grupos en el ji-cuadrado que se realizó y se incluye en la Tabla 64. Es decir, que la utilización del cuerpo como vía de expresión de conflictos, la utilizan entre un 16%-22% de estas adolescentes.

#### **IV.2.3.2.- Síntesis final y discusión de resultados sobre otras variables Afectivas.**

Las alteraciones más importantes que aparecen en el funcionamiento afectivo de estos tres grupos, esto es, depresión y ansiedad, ya han sido ampliamente comentadas (Apartado IV.1.). Por lo demás, las características que comparten predominan sobre las diferencias.

- **Características comunes a las tres muestras.**

Tabla 66. *Variables afectivas comunes.*

❖ $Afr \downarrow$ (Proporción afectiva).
❖ $S \uparrow$ (Respuestas al espacio blanco).
❖ $Complj \downarrow$ . (Respuestas complejas).
❖ $Complj. Col-SH \uparrow$ (Complejas color-sombreado).
❖ $Sum C' > Sum PondC$ .
❖ $C puras$ .
❖ $CP$ (Proyección de color).

**Nota:**  $\uparrow$  = elevado;  $\downarrow$  = disminuido.

a) Se sienten incómodas ante situaciones emocionales, por lo que evitan procesar este tipo

de estímulos (*Afr* ↓), reduciendo su responsividad ante ellos.

b) Se muestran bastante intolerantes y oposicionistas (*S* ↑), no siendo infrecuente, incluso, la aparición de una marcada hostilidad.

c) Presentan una cierta tendencia a mostrar un funcionamiento psíquico no demasiado complejo (*Complj.* ↓), sobre todo el grupo de no pacientes, lo que reforzaría las tendencias simplificadoras mencionadas como propias de este grupo al hablar del procesamiento y mediación cognitiva de la información ( $L > 0.99 = 48\%$ ).

d) Cuando vencen esta propensión a la simplificación y se implican más, las emociones confusas y ambivalentes (*Complj Col-SH* ↑), generadoras de malestar, están bastante presentes aunque algo menos en el grupo de no pacientes.

e) En ocasiones, internalizan afectos de forma excesiva, con lo que aumenta su tensión interna, lo que, en algunos casos ( $Sum C' > Sum PondC = 16-22\%$ ), puede favorecer la utilización del cuerpo como vía de expresión de conflictos.

f) No son frecuentes las expresiones emocionales carentes de modulación (*C* pura).

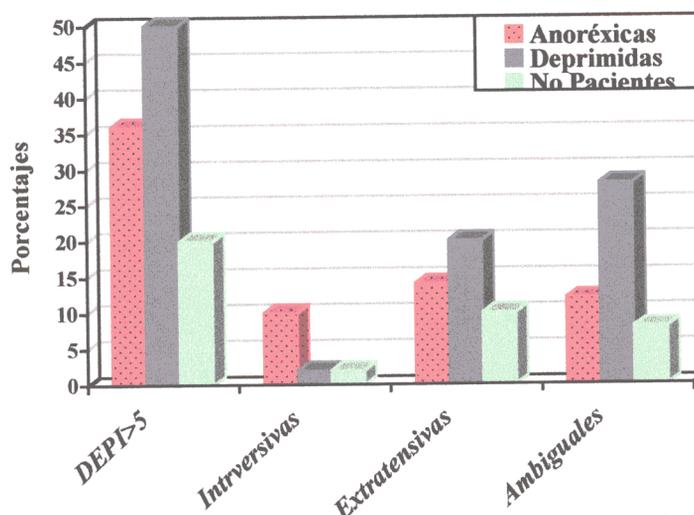
g) Ninguno de los grupos recurre de forma habitual a mecanismos defensivos de tipo maníaco o hipomaníaco (*CP*) para evadirse de las situaciones disfóricas. Este dato resulta curioso en el grupo de pacientes anoréxicas, pues la conducta que mantienen en relación a su cuerpo y su estado físico, su despreocupación total por su salud, incluso en situaciones de verdadera depauperación y de ingreso hospitalario, podría hacer pensar en mecanismos de tipo maníaco para evitar la confrontación con una realidad llena de riesgos para su vida que, además, conocen perfectamente, pero no es así. Los datos *Rorschach* analizados hasta este momento no permiten entender las estrategias defensivas que subyacen a esta conducta, por lo que será necesario intentar responder a esta cuestión, si es posible, antes de finalizar el análisis del protocolo, en páginas sucesivas.

- **Características diferenciales: Muestra de anoréxicas.**

a) En general, cuentan con suficientes recursos afectivos ( $Sum\ PondC < 2.5 =$  ausente 66%,  $p < 0.05$ ) y pueden manifestarlos ( $FC > CF + C = 26\%$ ) de forma espontánea, sin gran constricción.

b) Cuando junto a la anorexia aparece comorbilidad depresiva, va a tener una repercusión algo menor en el funcionamiento global de su personalidad, debido a las características del *EB* de este grupo.

Figura 23. Distribución de tipo vivencial (*EB*) en adolescentes con depresión ( $DEPI \geq 6$ ) de los tres grupos evaluados.



- **Características diferenciales: Muestra de pacientes deprimidas.**

La patología afectiva que presentan ( $DEPI \geq 6$ ,  $p < 0.01$ ) tiene mayor repercusión en todo su psiquismo y en toda su conducta ya que, debido a su estilo vivencial (*EB*), está muy presente en su forma habitual de relacionarse con su entorno (extratensivas = 20%), aunque sus efectos puedan resultar, en ocasiones, bastante impredecibles (ambiguales = 28%).

- **Características diferenciales: Muestra de no pacientes.**

Se va confirmando la ausencia de problemas en este grupo a base de la utilización de

mecanismos evitadores ( $L \uparrow$ ;  $Afr \uparrow$ ;  $SumPondC \downarrow$ ;  $FC > CF+C$ ), lo que hace que el equilibrio que mantienen estas adolescentes resulte bastante precario.

#### **IV.2.4.- AUTOPERCEPCIÓN.**

La autopercepción, como recoge Sendín en su obra (Exner y Sendín, 1995), es el conjunto de conceptos y actitudes que el sujeto ha ido elaborando sobre sí mismo para lograr conocerse y valorarse, en mayor o menor medida y de forma más o menos ajustada a la realidad. Los datos de esta agrupación aportan información sobre la autoimagen y la autoestima. La *autoimagen* es la visión que uno tiene de sí mismo, producto de un vocabulario interno que describe las propias características (inteligente, atractivo, amable, ect.), reales o imaginarias, pero que constituyen una representación compleja de las cualidades positivas o negativas que uno percibe o cree percibir en sí mismo. La *autoestima*, en cambio, tiene que ver con el valor que se le asigna a esa representación autodescriptiva compleja, cuando se la contrasta con fuentes de valoración externas.

Esta información se obtiene analizando el grupo de variables siguientes.

**IV.2.4.1.- Índice de egocentrismo ( $3r+(2)/R$ ) y reflejos ( $Fr$  y  $rF$ );  $FD$  y  $V$ ; Análisis de contenidos humanos;  $An + Xy$ ;  $MOR$ ; Contenidos de  $FQ$ -; Contenidos de respuestas de movimiento; estudio de las sobreelaboraciones verbales.**

- El **Índice de egocentrismo ( $3r+(2)/R$ )**, está formado por las respuestas de pares (2) y de reflejos ( $Fr+rF$ ,  $r$  en la fórmula), que tienen distinto peso aunque ambas aludan al autoconcepto. Las respuestas de pares, basadas en la simetría de la mancha, representan una autopercepción más elaborada y diferenciada, ya que el sujeto percibe dos objetos diferentes

e individualizados. Las respuestas de reflejos, basadas igualmente en la simetría, suponen una autopercepción más primitiva y narcisística, pues el sujeto describe un objeto y el reflejo de ese mismo objeto. El Índice, en conjunto, indica el grado de autocentramiento del sujeto.

En la Tabla 67 (pág. 397), los resultados del AV del índice de egocentrismo  $(3r+(2)/R)$  indican que nuestras adolescentes se tienen poco en cuenta, que tienen un grado de autocentramiento bajo. Se considera que este índice tiene significación clínica con un punto de corte inferior a 0.33 y en la población de adolescentes americanos se encuentra en un 16%-17% de adolescentes entre 13-14 años y un 6%-7% entre los 15-16 años (Exner, & Weiner, 1994). En nuestras muestras la presencia de  $3r+(2)/R < 0.33$  es mucho mayor (50%-70%, Tabla 68, pág. 398) y, aunque en las muestras de pacientes deprimidas es donde adquiere mayor significación, se puede afirmar que nuestras adolescentes tienen una autoestima baja, pues así como un autocentramiento elevado no presupone una autoestima alta, el dato inverso sí posibilita esta deducción.

La variable **reflejos**, sometida a análisis de varianza en la misma Tabla 67, tampoco diferencia a los tres grupos estudiados. La presencia de reflejos ( $Fr + rF' > 0$ ), marca un estilo peculiar de aproximación al campo estimular que es natural en los niños y que tiende a desaparecer en la adolescencia, con el comienzo de las operaciones formales y el incremento de las relaciones sociales. Si esta variable se mantiene en la vida adulta señala características narcisistas dando lugar a un estilo básico de respuesta que genera una necesidad exagerada de confirmación de la propia valía y que va a influir en gran medida en las percepciones del mundo circundante y en las transacciones del sujeto con su entorno. Por ello y porque no es una variable paramétrica en estas muestras, se aplicó un ji-cuadrado, cuyos resultados se incluyen en la Tabla 68.

Tabla 67. *Autopercepción: Análisis de varianza.*

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	$\eta$	Potencia
<i>3r+(2)/R</i>	2.40 (p = 0.095 )			0.17	0.52
<i>Fr+rF</i> ♦	2.08 (p = 0.129 )		4.45 (p = 0.108 )	0.14	0.38
<i>FD</i> ** ♦	6.44 (p = 0.002)**	No Pac.>Anorex. y Deprim.	10.12 (p = 0.006)**	0.32	0.88
<i>Sum V</i>	0.38 (p = 0.681 )			0.10	0.11
<i>(H)</i> * ♦	4.43 (p = 0.014)*	Anorex.>Deprim. y No Pac.	7.90 (p = 0.019)*	0.26	0.78
<i>(Ad)</i> ** •		No Pacientes >Anoréxicas.	10.35 (p = 0.006)**	(0.20)	(0.64)

*Estadísticos univariantes.*

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
<i>3r+(2)/R</i>	0.35	0.21	0.32	0.26	0.22	1.73	0.38	0.23	0.33	0.26	0.31	1.13	0.29	0.19	0.28	0.23	.29/.3	0.80
<i>Fr+rF</i>	0.76	1.60	0.00	1.00	0.00	3.35	0.76	1.53	0.00	1.00	0.00	3.15	0.34	0.85	0.00	0.00	0.00	2.83
<i>FD</i>	1.38	1.66	1.00	2.00	0./1.	1.44	0.58	0.97	0.00	1.00	0.00	2.48	0.54	0.65	0.00	1.00	0.00	0.79
<i>Sum V</i>	0.94	1.39	0.00	1.00	0.00	1.96	1.14	1.34	1.00	2.00	0.00	1.43	1.14	1.21	1.00	2.00	0.00	1.44
<i>(H)</i>	0.92	1.12	1.00	1.00	0.00	1.43	1.72	2.03	1.00	2.00	1.00	2.44	0.84	0.98	1.00	1.00	0.00	1.16
<i>(Ad)</i>	0.54	1.49	0.00	1.00	0.00	5.50	0.06	0.24	0.00	0.00	0.00	3.82	0.22	0.58	0.00	0.00	0.00	3.19

**Nota:**- p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\*; p < 0.05 = \*. Sombreado: variables significativas. ♦ Variables transformadas. • Variables transformadas pero no homocedásticas.  
 - Estadísticos univariantes: sombreado variables paramétricas: media, desviación típica; sombreado no paramétricas: mediana, recorrido inter-cuartil (RIC).

Tabla 68. Autopercepción: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
$Fr+rF>0$	5.08	0.18	0.079	32%	68%	38%	62%	18%	82%
$Eg.>.44(Fr=0) o <.33$	4.26	0.17	0.119	58%	48%	60%	40%	76%	24%
$Egoc. < 0.33$	4.96	0.18	0.084	52%	48%	50%	50%	70%	30%
$FV+VF+V>0$	2.11	0.12	0.348	48%	52%	58%	42%	62%	38%
$H>Hd+(H)+(Hd)$	2.25	0.12	0.325	20%	80%	26%	74%	14%	86%
$An+Xy>3$	0.26	0.04	0.876	6%	94%	6%	94%	4%	96%
$An+Xy>1 *$	6.45	0.20	0.040 *	38% *	62%	16%	84% *	24%	76%
$Mor>2$	4.43	0.17	0.109	12%	88%	28%	72%	26%	74%

Nota: -  $p < 0.001 = ***$ ;  $p < 0.01 = **$ ;  $p = < 0.05 = *$ .

-  $Fr+rF > 0$ : el 82% corresponde a un análisis de residuos = 2.2.

-  $Mor > 2$ : el 88% corresponde a un análisis de residuos = 2.1.

-  $Egoc. > 0.44 (Fr = 0)$  o  $Egoc. < 0.33$ : el 76% corresponde a un análisis de residuos = 2.1.

-  $Egoc. < 0.33$ : el 70% corresponde a un análisis de residuos = 2.2.

El análisis de los residuos de la variable  $Fr+rF > 0$  indica que sólo en las pacientes deprimidas la ausencia de reflejos es relevante, lo que resulta bastante concordante con el cuadro psicopatológico que presentan. La frecuencia con que aparece esta variable en el grupo de pacientes anoréxicas (38%) y en el grupo de control (32%), es algo superior a la que presenta la población americana ( $\approx 23\%$ , Exner, 1993/1994), por lo que únicamente cabría decir que su presencia puede estar dificultando los procesos de maduración de estas adolescentes.

- Tanto la variable **FD** (respuestas de dimensión basadas en los aspectos formales de la mancha) como las respuestas de Vista (**Sum V** = dimensión basada en los elementos de sombreado de la mancha), hacen referencia a la autoinspección que el sujeto realiza y por ello se incluyen en el agrupamiento de la autopercepción. Sin embargo tienen matices diferentes pues, mientras las **FD**, si no son excesivas ( $FD > 2$ ), suponen el uso de la introspección como valor positivo, las **V** añaden al autoexamen un tono de autocrítica muy negativo.

La presencia de **FD** ( $p < 0.01$ , potencia 0.88,  $\eta 0.32$ ) en el grupo de no pacientes es muy significativa y supone un hallazgo positivo, propio de un buen desarrollo cognitivo, que permite realizar este proceso y la existencia de una labor de autoexamen propia de la adolescencia.

Las respuestas de **Vista** aparecen elevadas en los tres grupos, sin diferencias significativas entre ellos, según se refleja en la Tabla 67. Esta variable es muy poco frecuente y bastante estable, por lo que cuando aparece indica que los fuertes componentes de desvalorización asociados a la introspección se han cronificado en el sujeto y son generadores de una autoestima baja. En función de lo infrecuente de esta variable, se completó el AV con un ji-cuadrado, estableciendo como punto de corte el cero

( $FV+VF+V>0$ ), pudiéndose apreciar que la presencia de una respuesta de este tipo la dan, por lo menos, uno de cada dos sujetos.

- El análisis de los **contenidos humanos (H)**, que aporta información acerca de cómo se percibe el sujeto y cómo percibe a los demás, se analizará en este agrupamiento y en el de las relaciones interpersonales, por hacer referencia a ambos. Una de las fórmulas utilizadas,  $H > Hd + (H) + (Hd)$ , quizá la más importante, aparece en la Tabla 68. En esta fórmula se compara la percepción humana basada en datos de realidad  $-H-$ , frente a la suma de elementos humanos parciales  $-Hd-$ , y los contenidos humanos fantaseados, menos realistas, ya sean totales  $-(H)-$  o parciales  $-(Hd)-$ . A partir de los 10 años se espera que la percepción de la propia imagen y de la de los demás sea predominantemente realística, es decir, que esté basada en situaciones reales, no fantaseadas. Por tanto, a partir de esta edad, se supone que debe predominar el lado izquierdo de la fórmula.

A través del ji-cuadrado realizado, vemos que no hay diferencias significativas entre los tres grupos evaluados y que, además, es bastante frecuente (74%-86%) que no predomine el lado izquierdo de la formulación, lo que indica que gran parte de nuestras adolescentes tienen unas nociones sobre sí mismas y sobre los demás bastante distorsionadas. Ahora habrá que ver por qué está aumentado el lado derecho de la fórmula, si predominan las  $Hd$ , las  $(H)$  o las  $(Hd)$ , para poder ampliar la información disponible hasta este momento. Los estadísticos univariantes (Apartado IV.1.1.1) señalan que las variables aumentadas son las  $(H)$  y las  $Hd$ , pero los AV practicados ponen de manifiesto que lo que resulta realmente diferenciador entre los grupos son los contenidos parahumanos [ $(H)$ ,  $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta$  0.26]. En el caso de las pacientes anoréxicas este aumento se debe a las  $(H)$ , por ello, se puede afirmar que en las pacientes anoréxicas predomina una autoimagen y una percepción del otro basada más en experiencias imaginarias que en datos reales, es decir,

que nuestra muestra de anoréxicas posee una autoimagen muy fantaseada y poco ajustada a la realidad y, en este punto, difieren significativamente de los otros grupos estudiados.

- En el caso de la muestra de no pacientes se observa un dato muy significativo pero cuya interpretación es problemática. Se obtiene un aumento relevante de contenidos animales parciales fantaseados [(Ad)  $p < 0.01$ , potencia 0.64,  $\eta^2 0.20$ ] tal y como refleja el AV de la Tabla 67, que es claramente diferenciador con respecto al grupo de anoréxicas y sobre él se insistirá más adelante, en la discusión de resultados.
- Las respuestas de **contenido anatómico** (An, que se refieren al esqueleto, musculatura o a órganos internos del sujeto) y las respuestas de **radiografías** (Xy, de contenido radiográfico óseo o de órganos), sumadas (An + Xy), se relacionan con preocupaciones en torno al cuerpo. Su frecuencia suele ser baja, salvo en determinadas etapas de la vida, como la pubertad, donde el cuerpo y sus alteraciones o cambios fisiológicos adquieren una enorme importancia. Se usaron dos puntos de corte: (a)  $An + Xy > 1$ , que indica que el sujeto está más preocupado de lo habitual por su cuerpo, y (b)  $An + Xy > 3$  presente en preocupaciones por el cuerpo muy exageradas que, de no estar justificadas por problemas físicos reales, sugeriría distorsiones en la autoimagen y, con frecuencia, trastornos psicósomáticos o componentes hipocondríacos.

Cuando se utiliza el punto de corte  $An + Xy > 3$ , la frecuencia que se obtiene en los tres grupos es muy baja y bastante similar (Tabla 68), pero cuando el punto de corte se sitúa en  $An + Xy > 1$ , la presencia de este ítem es significativa ( $p < 0.05$ ) en el grupo de no pacientes y, curiosamente, su ausencia es también significativa en el grupo de anoréxicas. Se puede entender que nuestras adolescentes del grupo de control están preocupadas por su cuerpo, de hecho atraviesan un periodo evolutivo crítico en el que los cambios somáticos rápidos imponen una revisión de la imagen corporal, una formulación de una imagen corporal ideal

a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias, de tal modo que, incluso el adolescente normal, siente a menudo su cuerpo como algo extraño y se preocupa demasiado por él. Sin embargo, nuestras anoréxicas, ingresadas por un problema relacionado con su cuerpo, su bajo peso, y preocupadas por su gordura o su posibilidad de llegar a estarlo, no manifiestan ningún tipo de inquietud por su cuerpo real. Este hallazgo, por su interés, deberá ser estudiado más minuciosamente, al sintetizar y discutir los resultados de este apartado; sabemos, por los resultados anteriores, que esta despreocupación por su cuerpo real no se debe a estrategias defensivas maniacas o hipomaniacas (*CP*, pág. 393).

- Las respuestas de **contenidos mórbidos (*MOR*)**, suponen la atribución al campo estimular de elementos disfóricos o deteriorados, rotos, arruinados, etc. En relación con la autoimagen del sujeto que las da cabe suponer la presencia de aspectos disfóricos, negativos o dañados en la percepción de su propia imagen. Cuando aparece  $MOR > 2$ , se puede hablar de la presencia de una autoimagen desvalorizada. Como era de esperar, esta desvalorización de la propia imagen no se da en el grupo de no pacientes (Tabla 68), aunque la presencia de este ítem en los otros grupos, anoréxicas y deprimidas, no llega a ser significativa.

- Faltaría, finalmente, para ver el grado de daño de la propia imagen, un análisis de los **contenidos *MOR***, ver qué dicen exactamente estas adolescentes de sí mismas, qué elementos negativos se atribuyen. También interesaría leer los contenidos de las respuestas negativas (*FQ-*), los contenidos de las respuestas de **movimiento** y las **sobreelaboraciones verbales**, ya que al ser elementos que no están en las láminas, que no vienen dados por las propias manchas, constituyen un material proyectivo muy rico, generador de matices e hipótesis que van a enriquecer enormemente un protocolo *Rorschach*, pero difíciles de manejar a un nivel cuantitativo, que es el que se ha seguido en la presente tesis. Cabe

señalar, como dato curioso, que cuando se empezó a recoger la muestra de pacientes anoréxicas, se registraron algunos contenidos con el calificativo de “gordo” (como “dos personas, pero muy gordas” en D6 de la L.II), que no es exactamente un contenido mórbido, pero que las anoréxicas lo daban con esta intencionalidad. Se comentó este dato con Exner (comunicación personal, Octubre, 1993) y se acordó la posibilidad de constatarlo como otro contenido adicional, si seguía apareciendo con una frecuencia suficiente y ver si se podía considerar como característico de las anoréxicas. Sin embargo, posteriormente sólo apareció esporádicamente. La conclusión más clara que aportó este dato fue la necesidad de ser cauteloso al interpretar los resultados, lo imprescindible que resulta contar con un amplio número de sujetos para poder sacar conclusiones que sean válidas y fiables y se pueda garantizar, en la mayor medida posible, su ajuste a la realidad.

#### IV.2.4.2.- Síntesis y discusión de resultados sobre Autopercepción.

- **Características comunes a las tres muestras.**

Las variables cuyos resultados se presentan conjuntamente en este agrupamiento son las siguientes:

Tabla 69. *Autopercepción: Variables comunes.*

❖ $3r + (2) / R \downarrow$ (Índice de egocentrismo).
❖ $Sum V \uparrow$ (Respuestas de Vista).
❖ $H > Hd + (H) + (Hd) \downarrow$ (Predominio de contenidos humanos totales).
❖ $An + Xy > 3$ (Contenidos anatómicos y de radiografías).

Nota:  $\uparrow$  = elevado;  $\downarrow$  = disminuido.

a) Muchas de estas adolescentes se tienen poco en cuenta, presentan un grado de autocentramiento bajo, lo que permite decir que su autoestima es deficitaria, que se valoran

poco ( $3r + (2)/R \downarrow$ ).

b) Existen fuertes componentes de desvalorización ligados a la introspección que realizan ( $Sum V \uparrow$ ). De hecho, una de cada dos adolescentes dan una respuesta de este tipo, lo que resulta bastante infrecuente.

c) Tienen una visión bastante parcial y/o distorsionada de sí mismas y de los demás [ $H > Hd + (H) + (Hd) \downarrow$ ].

d) En ninguna de las muestras existe una preocupación muy exagerada, enfermiza, por su cuerpo ( $An + Xy > 3$ ).

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes anoréxicas.**

En este grupo aparecen sobre todo dos datos que las diferencian claramente de las otras muestras estudiadas y que resultan curiosos e interesantes.

a) Anteriormente se concluyó que todas estas adolescentes, en general, tienen una visión muy parcial y/o distorsionada tanto de sí mismas como de los demás [ $H > Hd + (H) + (Hd) \downarrow$ ].

Ahora se puede completar la información añadiendo que en las pacientes anoréxicas esta distorsión se debe a que su autoimagen está muy fantaseada, basada en experiencias imaginarias, no en datos reales [ $(H)$ ,  $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta$  0.26], y en esto son significativamente diferentes del resto de adolescentes. Este hallazgo merece ser ampliamente comentado:

⇒ Hilde Bruch (1962) es la primera autora que sugiere la existencia de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con AN, entendido como: (1) Una alteración del propio concepto corporal; (2) Un trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos; (3) La sensación de no control respecto a las propias funciones corporales.

⇒ A finales de los 60 y principios de los 70 se realizó una serie de estudios cruzados

(comparando grupos en un solo momento) y longitudinales, que permitió alcanzar algunas conclusiones muy interesantes para entender mejor a las anoréxicas y sus desórdenes alimentarios y comportamentales. Entre ellos, cabe destacar el trabajo de Slade y Russell (1973) y Slade (1985), cuyas conclusiones sobre estas pacientes serían:

- (1) Sobrestiman, de forma marcada, sus medidas corporales, principalmente la anchura.
- (2) Son mucho más exactas al juzgar los tamaños de objetos inanimados, su propia altura e, incluso, la anchura del cuerpo de otras mujeres.
- (3) Paradójicamente, muestran una mejoría en la exactitud de su juicio acerca del tamaño corporal a medida que ganan peso y mejoran de su enfermedad. Algunos autores (Rozados y Bosker, 1983) consideran que este hecho implica que la distorsión es el resultado de la pérdida de peso y no la causa.
- (4) Por lo general, todavía sobrestiman la anchura de su cuerpo en el momento en que son dadas de alta del hospital, donde han ingresado por extrema delgadez.
- (5) El nivel de sobrestimación de la anchura corporal en el momento del alta hospitalaria, es un buen predictor de futuras recaídas.

Yellowless, Roe y Walker (1988) estiman en la AN una alteración significativa en la percepción exagerada del tamaño de los alimentos.

- ⇒ La distorsión de la imagen corporal como uno de los núcleos patológicos de la AN, de la que se deriva una autoestima baja, sigue siendo defendida actualmente (Toro, 1995).
- ⇒ Sin embargo, existen resultados contradictorios al respecto, sugiriendo que la distorsión de la imagen no es un factor característico si se compara con otros grupos de control (Cooper, & Taylor, 1987; Damlowj, & Ferwson, 1985; Fernández, Probst, Meermann, & Vandereycken, 1994; Probst, Van Coppenolle, Vandereycken, & Goris, 1992).
- ⇒ Investigaciones recientes, realizadas con pacientes con problemas de alimentación y grupos de control, sobre el grado de satisfacción con la imagen corporal (medido con el

VID = video imagen distorsion) y la actitud hacia la propia imagen (BAT = Body Attitude Test), ponen de manifiesto los siguientes aspectos: (1) No existe un trastorno perceptivo significativo en la AN (Fernández, Probst, Meermann, & Vandereycken, 1994). (2) El grado de insatisfacción con la silueta es común en las pacientes con trastornos de la alimentación y los grupos de control (Fernández y Turón, 1998). En la actualidad, la cultura occidental provoca que la mayoría de las mujeres se sientan insatisfechas con la forma y el tamaño de sus cuerpos, encuentren problemas en su autoimagen y dediquen gran cantidad de tiempo y esfuerzo a resolver conflictos poco relevantes (Bel Villar, 1997). (3) Lo peculiar de las personas con problemas de alimentación serían aspectos emocionales y actitudinales, caracterizados por una actitud negativa extrema hacia el propio cuerpo (Cooper, & Fairburn, 1993; Díaz-Atienza y cols., 1998; Fernández, 1997).

⇒ Puesto que los estereotipos y valores concernientes al aspecto físico cobran una especial importancia en el adolescente (Morandé y Casas, 1997), parece relevante aportar las opiniones de los jóvenes madrileños en estos temas, lo que es posible hacer recurriendo a estudios llevados a cabo a instancias de la Comunidad de Madrid:

\* El primero de ellos se trata de una investigación cualitativa sobre concepciones y representaciones sociales acerca de la salud de los jóvenes madrileños, realizada en 1994 por el Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud (Comunidad de Madrid, 1997), con jóvenes de edades comprendidas entre 13-20 años, mediante grupos de discusión, en relación al tema de la AN y BN. Este estudio destaca como importantes en su desarrollo un conjunto de factores, muy relacionados con la imagen: (1) La moda, en cuanto a las formas “delgadas” del cuerpo. (2) Las top-models, como referencias dominantes en cuanto a criterios estéticos de desarrollo corporal. (3) La

estrecha relación de estas pautas en las formas de relación/atracción entre varones y mujeres. (4) La preocupación por la grasa y su exceso como un importante patrón alimentario en nuestra cultura actual. (5) El régimen, las dietas y las prácticas deportivas para mantenerse en forma. (6) La existencia de una amplia conflictividad en el seno de las familias con respecto a las pautas de alimentación. (7) La existencia de una fuerte exigencia de rendimiento escolar desde las edades más tempranas.

\* Posteriormente, en 1999 el Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud lleva a cabo otro estudio (en prensa), también basado en grupos de discusión de jóvenes no pacientes de 13-20 años, grupos de padres y grupos de madres, convocados para hablar de hábitos alimentarios, que aportan una serie de descriptores socio-culturales que influyen en la construcción de la propia imagen: (1) La presencia de la delgadez como atributo culturalmente dominante y como modelo único; (2) La existencia de figuras modélicas (top models) valoradas emocionalmente por el conjunto de la sociedad; (3) La dictadura de las modas, en las que la exhibición del cuerpo se ha convertido en la norma de circulación juvenil femenina; (4) La inexistencia de diversidad de tallas y la obligación de las jóvenes de adaptarse a las tallas existentes; (5) La infantilización de la cultura de la moda (fenómeno de Spice Girls), con repercusión en edades muy tempranas; (6) El imperativo del triunfo, en todas y cada una de las facetas de la vida, como mensaje recurrente; (7) El éxito social como síntoma de las posibilidades y capacidades de las jóvenes; (8) El doble mensaje de las madres: el discurso activo de la nutrición hacia las hijas, y la represión y contención alimenticia en el propio cuerpo; (9) La evidencia social de que las delgadas, en todos los segmentos de edad, son “mejor aceptadas” en todos los ámbitos.

De esta forma, es el conjunto del complejo cultural el que actúa como normalizador de

las pautas corporales y el que margina a quien no se adapta a estas normas; no hay modelos jóvenes que puedan legitimar una opción diferente.

Sin embargo, conviene recordar que el paso de unos ciertos patrones de conducta social al desarrollo de una patología individual no es algo natural, sino que significa una discontinuidad que hace entrar en consideración en cada sujeto un conjunto de factores vinculados a sus propias historias personales, familiares, etc.

⇒ Finalmente, lo que se puede afirmar, a través de los datos aportados por esta investigación, es que en estas anoréxicas: (1) No se constata una alteración perceptiva significativa (Apartado IV.2.1) (Fernández, Probst, Meermann, & Vandereycken, 1994); (2) Su autoimagen está fantaseada y no basada en los datos de la realidad; probablemente por ello también resulta más difícil de modificar. Lo que no es posible determinar, por los datos analizados hasta el momento, es qué tipo de fantasías predominan. Esta información se puede obtener, a través de *Rorschach*, analizando qué contenidos aparecen en las respuestas (*H*) (hadas, payasos, ángeles, demonios, monstruos antropomorfos, personajes humanoides de ciencia ficción, etc.); qué calidad formal los acompaña; qué tipo de determinantes utilizan cuando aportan esos contenidos; qué tipo de verbalizaciones los acompañan (fóbicas, persecutorias, bizarras, etc.); cómo son los otros contenidos humanos; las respuestas *M*-; etc. Es decir, este tema nos introduce en una nueva investigación que habrá que iniciar posteriormente, a partir del material del que disponemos en la actualidad, al ser inabarcable en ésta.

b) Cuando se utiliza el punto de corte de la fórmula  $An + Xy > I$ , se observa que las pacientes anoréxicas no están preocupadas en absoluto por su cuerpo (ausencia significativa,  $p < 0.05$ ), preocupación que, sin ser enfermiza, se encuentra en el grupo de no pacientes y se puede relacionar con el propio periodo adolescente, en el que los cambios corporales son

muy manifiestos, suceden en un espacio de tiempo breve y producen gran desconcierto. Todavía resulta más llamativa esta ausencia de preocupación por su cuerpo si se tiene en cuenta que las anoréxicas se ven gordas o temen llegar a estarlo. Además, en el momento de la evaluación psicológica todas ellas estaban ingresadas, la mayoría en contra de su voluntad, por un problema relacionado con su cuerpo: su bajo peso, incompatible con una vida normal. A pesar de ello, las anoréxicas no aparecen preocupadas por su cuerpo real.

Uniando estos resultados a su forma de reflexionar, de conceptualizar los datos que registran (Ver Tríada Cognitiva, Ideación, Apartado IV.2.1.3 y IV.2.1.4), se podría concluir que las anoréxicas se refugian pasivamente en sus pensamientos sobre una imagen totalmente fantaseada e irreal *-(H)-*, importándoles muy poco lo que ocurre con su cuerpo real *-An-* y dan vueltas a esa imagen de forma rumiadora, sin ningún tipo de crítica, sin escuchar las advertencias sobre los peligros físicos que corren y que todos los profesionales les señalan. Esta dicotomía la expresan con claridad Kestemberg, Kestemberg y Decobert (1972) cuando hablan de la situación paradójica de las anoréxicas en relación a su cuerpo que, por un lado idealizan y, por otro lado niegan. Por tanto, la estrategia defensiva que subyace no es de tipo maniaco o hipomaniaco, según se señalaba anteriormente (pág. 393), sino que las anoréxicas emplean una estrategia más devastadora y difícil de abordar psicoterapéuticamente: la negación.

Otra explicación posible del hecho de que su cuerpo no les importe, podría ser el que estas adolescentes estén librando una lucha, por las causas que sea, y estén utilizando el cuerpo como campo de batalla, como lugar propicio para expresar una insatisfacción, pues es un terreno en el que, si persisten, siempre van a ganar, aunque tengan que pagarlo con ingresos sucesivos e incluso con la propia vida. Sin embargo, no hay otros datos *Rorschach* que apoyen esta segunda hipótesis: por ejemplo, en estas pacientes se aprecian sentimientos

de hostilidad y enfado, según se analizó en el apartado de los afectos (IV.2.3.1, respuestas de espacios blancos), pero su presencia no es significativa, así como tampoco lo es la de acciones claramente agresivas (*AG*).

c) No suelen realizar mucha introspección ( $FD < NP$ ,  $p < 0.01$ , potencia 0.88,  $\eta^2 0.32$ ), aunque cuando la realizan, al igual que ocurre en los otros grupos, el resultado es bastante negativo para ellas, no se gustan en absoluto ( $Sum V \uparrow$ ) aunque no se perciben dañadas, deterioradas ( $MOR > 2$ ).

d) La presencia de reflejos ( $Fr + rF > 0$ ) no aparece como significativa por lo que no se puede decir que los rasgos narcisistas tengan relevancia en nuestra muestra de pacientes anoréxicas. Incluso, en sujetos adolescentes se considera que encontrar una respuesta de reflejos puede ser normal. Por ello, se revisaron nuevamente los protocolos de estas pacientes, utilizando el punto de corte  $Fr + rF > 1$  y se pudo constatar que su frecuencia es muy baja (12%), incluso algo inferior a la hallada en el grupo de control (18%).

Se hace hincapié en esta variable, porque las relaciones entre anorexia y narcisismo han sido ampliamente señaladas por diversos autores (Brechon, 1995; Orgazzi, 1993). Afirma Brusset (1990) que en el plano psicoanalítico se puede decir que el Ideal del Yo, heredero del narcisismo primario, se coloca en el lugar del objeto que falla, con el fin de asegurar la autosuficiencia. De ahí la búsqueda narcisística sobre la que insisten autores como Thomä (1967) y Kestenberg (1972). Sin embargo, Chinchilla (1995) cree que, a pesar de las frecuentes referencias a la relación entre TCA y características narcisísticas, realizadas desde diferentes perspectivas teóricas, los resultados de diversos estudios y la experiencia clínica no constatan este hecho; nuestros datos permiten corroborar esta afirmación.

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes deprimidas.**

Pocas variables se pueden señalar como peculiares de este grupo en cuanto a su

autopercepción se refiere:

- a) Su grado de autocentramiento resulta especialmente bajo ( $Egoc < 0.33 = 70\%$ ).
- b) Al igual que las pacientes anoréxicas, no suelen recurrir a procesos de introspección ( $FD < NP$ ,  $p < 0.01$ , potencia 0.88,  $\eta$  0.32), pero cuando piensan sobre sí mismas su autoexamen les proporciona resultados negativos, aunque no es frecuente que perciban en su imagen aspectos especialmente dañados ( $MOR > 2$ ).
- c) La preocupación que manifiestan por su cuerpo está a medio camino entre la atención que le dedica el grupo de control y la indiferencia que muestran las pacientes anoréxicas ( $An+Xy$ ).

- **Características diferenciales: Muestra de no pacientes.**

- a) Es un grupo que, a diferencia de los anteriores, recurre a la autoinspección y al autoexamen ( $FD$ ,  $p < 0.01$ , potencia 0.88,  $\eta$  0.32) con frecuencia. Sin embargo, esta reflexión sobre sí mismas, al igual que ocurría con los otros grupos, a veces les proporciona resultados y conclusiones bastante negativos ( $\text{Sum } V\uparrow$ ), aunque ausentes de aspectos excesivamente dañados ( $MOR > 2$ ).
- b) Llama la atención la presencia, muy significativa, de aspectos fantaseados relacionados con contenidos de animales parciales [ $Ad$ ],  $p < 0.01$ , potencia 0.64,  $\eta$  0.20), pero es un dato que se menciona, sin llegar a poder explicar su significado. Podría pensarse que las no pacientes colocan sus aspectos más fantaseados e irreales no en su propia imagen, como hacen las anoréxicas, sino que los desplazan y, en principio, parece que el resultado es positivo, pues no generan patología. Cabe preguntarse qué puede significar el que sean contenidos parciales; por qué se recurre a animales, uno de los contenidos más frecuentes en *Rorschach*. Estas y otras preguntas carecen, hasta el momento de respuesta.
- c) Existe cierta preocupación por el cuerpo ( $An+Xy > 1 = 38\%$ ,  $p < 0.05$ ), preocupación

que no es excesiva y resulta bastante comprensible, debido al periodo evolutivo por el que atraviesan, de grandes y rápidos cambios físicos, de gran repercusión en toda su personalidad.

#### **IV.2.5. RELACIONES INTERPERSONALES.**

Las variables que se recogen en este agrupamiento hacen referencia a las relaciones que el sujeto establece con su entorno. Estos vínculos van a depender de su forma de percibirlo, de las interacciones que de hecho esté llevando a cabo y de las peculiaridades de su propia personalidad. En este sentido, como ninguna de las variables mide de modo directo el medio ambiente real del sujeto, las conclusiones que se deriven son más inferenciales que las que se obtienen en otros agrupamientos.

Las relaciones interpersonales constituyen un área muy importante de información, ya que el ser humano es fundamentalmente un ser social. Pero además, en la etapa adolescente, adquieren gran relevancia y son fuente tanto de grandes aprendizajes como de grandes conflictos.

**IV.2.5.1. Variables relacionadas con este agrupamiento: *CDI* y *HVI*; Relación *a:p*; Respuestas de comida y textura; Contenidos humanos; *PER*, *COP* y *AG*; Índice de aislamiento; Respuestas de movimiento con pares.**

- El ***CDI* o Índice de Inhabidad Social**, ya ha sido ampliamente comentado al hablar de depresión (Apartados IV.1.1 y IV.1.4). En este agrupamiento, referido a las relaciones interpersonales, cuando es positivo ( $CDI \geq 4$ ) evidencia problemas para enfrentarse eficazmente a las demandas de la vida cotidiana. En este caso, la falta de habilidades

sociales hace que el sujeto tenga dificultades en su entorno social, establezca relaciones más superficiales, sea más vulnerable a los rechazos de los demás y tenga menos recursos para hacer frente a situaciones complejas o generadoras de tensión; de no solventarse estas dificultades, los sujetos pueden ir cosechando experiencias de fracaso que, de persistir, pueden producir, secundariamente, depresiones. En el ji-cuadrado aplicado a este índice (Tabla 70, pág. 414) vemos que: (a) La frecuencia es alta en los tres grupos (48%-66%); (b) No hay diferencias significativas entre ellos; (c) Es en el grupo de anoréxicas donde encontramos porcentajes más bajos (48%).

- En este agrupamiento, **HVI o Índice de Hipervigilancia** (Apartado IV.2.1.1.2), cuando es positivo, supone una actitud negativa y desconfiada hacia el entorno, que hace que el sujeto esté en una situación de alerta continua. Posiblemente se trata de personas que se sienten muy vulnerables en el contacto cercano y, por ello, actúan de forma cautelosa y reservada en sus relaciones, marcando un espacio personal, que si no se les respeta se sienten muy amenazadas. Todo esto hace que sus relaciones resulten más difíciles y distantes. Se realizó un ji-cuadrado con aquellos casos en los que este índice había resultado positivo (Tabla 70, pág. 414), encontrándose que aunque las más cautelosas y suspicaces en la interacción son las adolescentes de la muestra de no pacientes, las diferencias no llegan a ser significativas. Nuevamente, recurriendo a los datos normativos que proporciona Exner (1993/1994), se observa que la presencia de este índice es algo elevada en los tres grupos, pudiendo concluir que en algunas de nuestras adolescentes (8%-20%) se da una cierta actitud de cautela y desconfianza en relación con su entorno y que ésta es más manifiesta en la muestra de no pacientes.

- En cuanto a la relación  **$a : p$**  (Apartado IV.2.1.3), conviene recordar que cuando aparece  **$p > a + 1$** , indica que el sujeto adopta un papel más pasivo en la relación con los demás.

Tabla 70. Relaciones interpersonales: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	$\chi^2$	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
<i>CDI <math>\geq 4</math></i>	3.45	0.15	0.178	66%	34%	48%	52%	60%	40%
<i>Índice HVI</i>	3.23	0.15	0.199	20%	80%	12%	88%	8%	92%
<i>p &gt; a+1</i>	3.15	0.14	0.207	26%	74%	42%	58%	30%	70%
<i>T = 0*</i>	6.08	0.20	0.048*	72%*	28%	50%	50%	52%	48%
<i>T &gt; 1</i>	2.65	0.13	0.266	8%	92%	10%	90%	18%	82%
<i>Fd &gt; 0</i>	1.50	0.10	0.472	18%	82%	12%	88%	10%	90%
<i>H &lt; 2</i>	1.49	0.10	0.474	52%	48%	44%	56%	56%	44%
<i>H+(H)+Hd+(Hd)&gt;6</i>	1.46	0.10	0.483	30%	70%	28%	72%	20%	80%
<i>H+A &gt; Hd+Ad</i>	2.29	0.12	0.318	88%	12%	92%	8%	82%	18%
<i>PER &gt; 2</i>	0.70	0.07	0.705	24%	76%	18%	82%	24%	76%
<i>COP &lt; 2</i>	1.14	0.09	0.567	90%	10%	84%	16%	90%	10%
<i>COP&lt;2 y AG&lt;2</i>	2.85	0.14	0.240	84%	16%	70%	30%	74%	26%
<i>Aislamiento/R&gt;0.24</i>	3.23	0.15	0.199	66%	34%	68%	32%	52%	48%

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\*; p < 0.05 = \*.

- Sombreado: variables significativas.

Esta pasividad supone que el sujeto aguarda a que sean los otros los que tomen las decisiones, con lo que así elude responsabilidades, esperando que estas decisiones satisfagan sus necesidades; esta pasividad no implica necesariamente una conducta sumisa. El ji-cuadrado de la Tabla 70 proporciona también frecuencias bastante elevadas en los tres grupos, pudiendo hablar de cierta tendencia a la pasividad en la interacción de todas estas adolescentes, sobre todo en las anoréxicas (diferencia de porcentaje de 16% respecto al grupo de control y de 12% en relación al grupo de pacientes deprimidas), pero sin que estas diferencias lleguen a alcanzar niveles significativos. Aplicando un análisis de varianza (Tabla 71, pág. 416) al total de movimientos activos y al total de movimientos pasivos, por separado, los movimientos **pasivos** diferencian significativamente a las anoréxicas y a las deprimidas ( $p < 0.05$ , potencia 0.77,  $\eta^2 0.24$ ) y, mediante el contraste de Student-Newman-Keuls, menos estricto que el de Tukey, las diferencias se hacen extensivas a las no pacientes. Al ser los resultados del AV más fiables, por estar basados en más datos (Martínez Arias, comunicación personal, Noviembre, 1996), se confirma que la mayor tendencia a la pasividad de las anoréxicas es significativa

- Las respuestas de **textura** ( $T$ ), a pesar de que forman parte del *HVI*, se analizan también por separado, debido a su gran importancia dentro de este agrupamiento.  $T$  alude a la necesidad de cercanía del sujeto, teniendo dos puntos de corte que hay que analizar. Cuando  $T = 0$  y el sujeto tiene más de diez años, estamos ante una persona muy reservada y cautelosa en sus relaciones, que concede gran importancia a su espacio personal y necesita mantener una cierta distancia del otro para sentirse segura. Cuando  $T > 1$ , estamos en el caso contrario, en la situación de una persona que necesita gran cercanía, que se siente muy sola y, por ello, puede resultar vulnerable a la manipulación de los demás; en este segundo caso, a través de la historia clínica hay que descartar cualquier pérdida afectiva reciente.

Tabla 71. Relaciones interpersonales: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	$\eta$	Potencia
Activo	0.70 ( p = 0.495 )			0.10	0.17
Pasivo*	4.58 ( p = 0.011 )*	Anoréxicas > Deprimidas		0.24	0.77
Todos Cont. H •			4.47 ( p = 0.107 )	(0.17)	(0.06)
(H)* ♦	4.43 ( p = 0.014 )*	Anorex.>Deprim.( y No Pac.)	7.90 ( p = 0.019 )*	0.26	0.78
Hd	1.52 ( p = 0.222 )			0.14	0.32
Aislamiento/R	1.34 ( p = 0.264 )			0.14	0.25

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
Activo	4.04	2.59	4.00	4.00	2.00	0.46	4.22	3.27	3.50	4.00	3./6.	1.09	3.58	2.40	4.00	3.00	4.00	0.40
Pasivo	3.72	2.81	3.00	3.00	3.00	1.10	5.08	3.47	5.00	3.00	4.00	1.87	3.40	2.47	3.00	4.00	3.00	0.99
Todos Cont.H	5.56	3.46	5.00	4.00	5.00	1.40	6.46	4.90	5.00	3.00	5.00	2.74	4.68	3.34	4.00	4.00	2./6.	0.85
(H)	0.92	1.12	1.00	1.00	0.00	1.43	1.72	2.03	1.00	2.00	1.00	2.44	0.84	0.98	1.00	1.00	0.00	1.16
Hd	2.20	2.22	2.00	2.00	1.00	2.13	1.70	2.44	1.00	2.25	0.00	4.26	1.44	1.95	1.00	2.00	0.00	2.37
Aislamiento/R	0.31	0.16	0.29	0.25	0.29	0.71	0.32	0.17	0.30	0.25	.17/25	0.43	0.27	0.18	0.26	0.28	0./26	0.53

Nota: - p < 0.001 = \*\*\*; p < 0.01 = \*\* ; p < 0.05 = \*. Sombreado: variables significativas. ♦ Variables transformadas, • Variables transformadas pero no homocedásticas.

- Estadísticos univariantes: sombreado variables paramétricas: media, desviación típica; sombreado no paramétricas: mediana, recorrido intercuartil (RIC).

- El resultado de contraste entre paréntesis (No Pac.) corresponde al método Student- Newman-Keuls.

Los resultados de ji-cuadrado realizado a estos dos puntos de corte de la puntuación  $T$  ( $T=0$  y  $T > 1$ ), se aportan en la Tabla 70. Cabe decir que la relación cautelosa y distante está presente en los tres grupos ( $T = 0 \uparrow$ ), pero es especialmente significativa en el grupo de no pacientes, grupo en el que tres de cada cuatro adolescentes mantienen esta actitud ( $T = 0$   $p < 0.05$ ). La presencia de sentimientos de intensa soledad ( $T > 1$ ) es algo más frecuente en el grupo de pacientes deprimidas (18%).

- En cuanto a los **contenidos humanos (H)** habría que añadir otros aspectos a los ya comentados en la autopercepción (Apartado IV.2.4). El número total de contenidos (*Todos Cont. H*), de cuyo AV se informa en la Tabla 71, es similar en los tres grupos, pudiéndose decir que estas adolescentes se interesan bastante por los demás, lo que en principio es un dato muy positivo. La fórmula  $H + Hd + (Hd) > 6$ , va a aportar información sobre si ese interés es adecuado o llega a ser excesivo y se convierte en un estar demasiado pendiente de los demás, lo que sucede en un 20%-30% de los casos (Tabla 70). Otro dato de interés lo constituye la frecuencia de percepciones totales frente a las parciales, donde se espera una prevalencia de las respuestas totales ( $H + A > Hd + Ad$ ). Cuando predomina claramente el lado derecho de la fórmula, se trata de sujetos retraídos, que perciben con suspicacia el entorno humano y tienen una visión sesgada tanto de sí mismos como de los demás. En nuestro caso esto ocurre con muy poca frecuencia en los tres grupos (Tabla 70). Finalmente, la presencia de la variable de contenidos humanos,  $H$ , cuya presencia va aumentando hasta los 11 años y se estabiliza y mantiene en la adolescencia y en la vida adulta, cuando es muy baja ( $H < 2$ ) supone una percepción del otro poco adecuada. En esta variable se aprecia, en los tres grupos estudiados, una relación con el otro dificultada por esta inadecuada percepción ( $H < 2 = 44\%-56\%$ ), apareciendo muchas veces un acercamiento cauteloso, parcial y suspicaz ( $Hd \uparrow$ , Tabla 71) y, en el caso de las anoréxicas una visión basada en

experiencias fantaseadas más que en datos de la realidad [(H), significativo,  $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta^2 0.26$ ].

- El análisis de las **respuestas personalizadas (PER)**, los **movimiento agresivos (AG)** y los **movimientos cooperativos (COP)**, al ser atribuciones personales que enriquecen las respuestas, proporcionan datos muy valiosos sobre los prejuicios que tienen las personas en relación a las interacciones humanas. Se asigna *PER* a aquellas respuestas en las que el sujeto se refiere a sus conocimientos o experiencias personales, dentro de la justificación o clarificación de la respuesta que ha dado en el test. La frecuencia de *PER* es elevada en niños y va decreciendo, de forma llamativa, al ir aumentando la edad cronológica. La presencia de  $PER > 2$ , de forma bastante acusada, aunque por igual en los tres grupos estudiados (18%-24%), habla de cierta inseguridad de la que se van a defender recurriendo a actitudes autoritarias, de tipo infantil, cuando se sientan cuestionadas; por ello, los demás las pueden percibir como rígidas y dogmáticas, lo que supone una dificultad para relacionarse con ellas.

Los movimientos cooperativos (*COP*) aparecen en casi todos los protocolos de no pacientes y son signo de buen pronóstico en protocolos de pacientes. Cuando  $COP < 2$ , significa que el sujeto tiene dificultad para percibir y establecer vínculos positivos en la interacción con los demás. Cuando aparece la combinación de  $COP < 2$  y  $AG < 2$ , estamos ante una persona que apenas hace atribuciones a sus percepciones de la relación, es decir, apenas prevé aspectos positivos y/o negativos en las interacciones que establece. Y ésta es la situación que mayoritariamente se da en nuestras adolescentes (Tabla 70).

- Por último, hay que recordar que el **índice de aislamiento** es alto en los tres grupos ( $Aislamiento/R > 0.24 = 52-68\%$ )(Ver apartado IV.1.1.3), por lo que se puede hablar de cierto retraimiento social en estas adolescentes.

- El análisis cualitativo de las respuestas de **movimiento con pares**, incluido en este apartado y que consistiría en revisar los movimientos de personas, animales u objetos que realizan una actividad común, analizando todos los elementos de la respuesta, como venimos diciendo, aunque se considera muy interesante, no es el objetivo de esta investigación, centrada en los elementos cuantificables del test y se deja para ulteriores trabajos.

#### **IV.2.5.2.- Síntesis y discusión de resultados sobre Relaciones Interpersonales.**

La forma que tienen estas adolescentes de relacionarse es bastante similar en los tres grupos.

- **Características comunes a las tres muestras.**

Se pueden agrupar las siguientes variables:

Tabla 72. *Relaciones interpersonales: Variables comunes.*

❖ $CDI \geq 4 \uparrow$ (Inhabilidad social).
❖ $Sum H.$ (Contenidos humanos).
❖ $H + (H) + Hd + (Hd) > 6.$
❖ $H < 2 \uparrow.$
❖ $H + A > Hd + Ad.$
❖ $Hd \uparrow.$
❖ $COP < 2 \uparrow$ (Movimientos cooperativos).
❖ $COP$ y $AG < 2 \uparrow$ (Mov. cooperativos y agresivos).
❖ $Aislamiento/R > 0.24 \uparrow$ (Índice de aislamiento).
❖ $PER > 2 \uparrow$ (Respuestas personalizadas).
❖ $T > 1$ (Textura).

Nota:  $\uparrow$  = elevado;  $\downarrow$  = disminuido.

- a) Muchas de estas adolescentes (48%-66%) han desarrollado escasas habilidades sociales

( $CDI \geq 4$ ) para hacer frente a las demandas de la vida cotidiana, por lo que resultarán bastante vulnerables, sobre todo cuando las situaciones sean complejas o generadoras de tensión.

b) En cuanto a la percepción de los demás (contenidos humanos), cabe señalar varios aspectos, que resultan complementarios: (1) se interesan por las personas de su entorno ( $Sum H$ ), lo que resulta un dato muy positivo, pero (2) predomina una visión de ellos poco realista ( $H < 2$ ), parcial y suspicaz ( $Hd$ ).

c) Tienen dificultades para percibir y establecer vínculos positivos en las interacciones que establecen ( $COP < 2 \approx 90\%$ ) y, en muchas de ellas, estas dificultades se hacen extensivas tanto a los vínculos positivos como a los negativos ( $COP < 2$  y  $AG < 2 \approx 70\%-80\%$ ).

d) Quizá por todo ello, más de la mitad de estas adolescentes están aisladas socialmente ( $Aislamiento/R > 0.24 = 52\%-68\%$ ). Es posible que estén rodeadas de compañeras y puede parecer que incluso se relacionan, pero si ésto sucede el vínculo se mantendrá en un plano muy superficial, sin lograr una verdadera relación de integración y de confianza con los demás. Este dato adquiere suma importancia en estas edades, pues las relaciones con los iguales, con el grupo de semejantes, son una fuente de aprendizaje insustituible para un adecuado desarrollo de la personalidad.

e) Cuando se sienten cuestionadas, algunas de estas adolescentes se defienden recurriendo a formas de autoritarismo muy infantiles ( $PER = 18\%-24\%$ ), por lo que, cuando no se comparten sus puntos de vista, pueden ser percibidas como rígidas y dogmáticas.

f) A pesar de las dificultades que se han señalado en la relación con los demás, no se sienten solas ( $T > 1$ ).

g) **En resumen**, aparecen en los tres grupos evaluados evidentes dificultades cuando interactúan y se relacionan con su entorno.

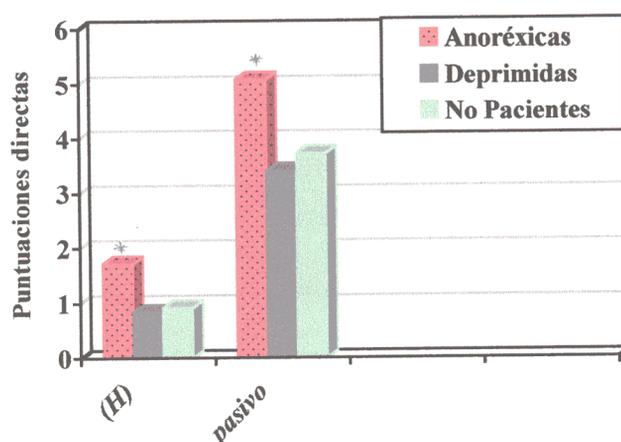
Este dato resulta curioso, pues las dificultades de relación en las pacientes anoréxicas han sido ampliamente señaladas por muy diversos autores, incluso se ha hipotetizado la posible correlación existente entre la aparición de fobia social y TCA, según recogen Roca y Baca (1998) en su obra. Flament y Godard (1995) estudian a 29 anoréxicas y detectan un diagnóstico de fobia social, según los criterios del *DSM III-R*, del 58,6% de los casos. La clínica fóbica se había iniciado con anterioridad al trastorno alimentario en el 64% de los casos.

Sin embargo, según los datos aportados en esta investigación, esas dificultades se constatan, pero no como características de la patología anoréxica. Por tanto, si bien resulta adecuado que muchos programas de tratamiento de AN incluyan subprogramas de entrenamiento en habilidades sociales, de confirmarse estos resultados con muestras más representativas, al no ser un problema específico de las anoréxicas, sería necesario proporcionar a todas estas adolescentes, como parte de su formación, un mayor repertorio de conductas de cooperación, de resolución de problemas, habilidades sociales, etc., que les permitieran hacer frente a las demandas de su entorno, cada vez más crecientes en estas edades, evitándose así situaciones que, de repetirse, pudieran llegar a ser generadoras de patología. Podría pensarse que el lugar que resulta más indicado para adquirir este tipo de aprendizajes debería ser aquel en el que los adolescentes llevan a cabo su formación académica y desde los diversos recursos sociales existentes (Asociaciones, Centros Cívicos, Ayuntamientos, etc.).

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes anoréxicas.**

En cuanto a las diferencias que se pueden encontrar en este grupo, en las relaciones que establecen con los demás, únicamente cabe señalar dos aspectos, que se reflejan en la siguiente figura.

Figura 24. Contenidos humanos (*H*) y movimientos *pasivos* en los tres grupos evaluados.



a) A su percepción de los demás poco ajustada y suspicaz, característica que, según se comentaba, comparten con las otras adolescentes, se une una visión poco realística del otro, basada en relaciones fantaseadas, en experiencias que no han ocurrido en la realidad [(*H*),  $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta$  0.26].

b) En la relación que son capaces de establecer adoptan un papel muy pasivo, eludiendo así responsabilidades (*pasivo*,  $p < 0.05$ , potencia 0.77,  $\eta$  0.24). Esta pasividad no debe confundirse con una conducta sumisa, que realmente no tienen. Su síntoma es una buena muestra de pasividad (no hacen nada por salir de su situación) y de insumisión (perseveran en sus ideas, a pesar de lo que se les diga).

c) Aunque en algunas anoréxicas se da cierta actitud de recelo y desconfianza en la interacción que establecen con su entorno (HVI = 12%) y necesitan mantener cierta distancia para sentirse seguras ( $T = 0$ , 50%), estos rasgos los comparten, a veces incluso en mayor medida los otros grupos ( $T = 0$ , significativo en grupo de control).

Este dato resulta interesante, pues cuando ya se halla instalada la patología anoréxica, y en estas pacientes ingresadas no cabe duda de que es así, se establece un circuito muy negativo y persecutorio entre la paciente anoréxica y su familia en relación al tema de la comida. Los padres, muy alarmados por el bajo peso de las chicas, se preocupan mucho de

lo que comen, si dejan algo en el plato, que no escondan comida, que no vomiten, etc., a pesar de que estas conductas de estricta vigilancia están desaconsejadas por los profesionales responsables del tratamiento, por su ineficacia y efecto contraproducente. Las chicas se sienten muy controladas, muy perseguidas y observadas en todo momento. Sin embargo esto no se refleja en el *HVI*, posiblemente porque esta pelea se centra sólo en lo referente a la comida, sin ampliarse a otras áreas.

- **Características diferenciales: Muestra de pacientes deprimidas.**

No aparecen rasgos peculiares en la forma de relación que este grupo establece.

- **Características diferenciales: Muestra de no pacientes.**

a) Por una parte, en contra de lo que cabría esperar, es en este grupo donde se aprecia una actitud de mayor recelo y cautela en sus relaciones, evitando la cercanía y necesitando, en mayor medida, preservar su espacio personal ( $T = 0, p < 0.05$ ). A través de este agrupamiento se confirma, una vez más, la actitud defensiva y cautelosa de este grupo de control, corroborada a lo largo de todo el protocolo *Rorschach*.

b) Al tratarse de un grupo que no ha hecho nunca una demanda de ayuda psicológica, llama la atención la escasez de recursos desarrollados ( $CDI \geq 4 = 66\%$ ), el aislamiento que aparece ( $Aislamiento/R > 0.24 = 66\%$ ), la falta de percepción de aspectos cooperativos en la interacción ( $COP < 2 = 90\%$ ). Comentábamos antes que la muestra es poco representativa por el tipo de muestreo realizado y que sería interesante ver si estos resultados se obtienen también con muestras más representativas y pudieran ser extrapolables a la población adolescente. De resultar esto cierto, a continuación deberíamos plantearnos cómo estamos educando y formando a nuestros adolescentes, qué recursos les estamos ayudando a desarrollar, ya que estas dificultades no son justificables por el periodo evolutivo y crítico por el que atraviesan.

#### IV.2.6.- ANÁLISIS DISCRIMINANTE.

Finalmente, se decidió se decidió realizar un análisis discriminante (Martínez Arias, comunicación personal, Junio, 1999) con aquellas variables que resultaron significativas al analizar los agrupamientos *Rorschach* [*MQsin*, *Mp*, *FD*, *M*, *Adj D*, *MQo*, *EA*, *pasivo*, *C'*, *SumH*, *DQv*, *(H)*, *(Ad)*]. Este análisis tenía una doble finalidad: a) Detectar qué variables influyen en la diferenciación de los grupos y cuáles de estas variables son más importantes en esta discriminación; b) Predecir a qué grupo pertenecerá un sujeto del que se conocen los valores de una serie de variables (Alvarez Cáceres, 1995).

Los resultados se adjuntan en el Apéndice 2 y únicamente se comentan ahora los datos más sobresalientes en relación a la patología anoréxica.

- A través de este análisis se obtienen dos **funciones** estadísticamente significativas, que se reproducen en la Tabla 73.

Tabla 73. *Funciones obtenidas con variables Rorschach: Análisis Discriminante.*

Variables <i>Rorschach.</i>	Función	
	1	2
<i>MQsin</i>	0.460	0.560
<i>Mp</i>	0.653	0.375
<i>FD</i>	-0.750	0.652

➤ **La primera función** incluye tres variables: *FD*, seguida de *Mp* y, por último, *MQsin*.

⇒ Las anoréxicas son las que puntúan más alto en esta función, seguidas de las depresivas y, finalmente, las no pacientes.

⇒ *MQsin* y *Mp* tienen un peso positivo, es decir, las anoréxicas obtienen puntuaciones altas en ambas variables.

⇒ *FD* tiene un peso negativo, o sea, que las anoréxicas no puntúan alto en esta variable.

*FD* diferencia sobre todo a las no pacientes.

⇒ En esta primera función son importantes también *Mp*, *M* (muy correlacionada con *Mp*), *Adj D*, *Sum H*, *MQo* y (*H*). El denominador común de estas variables es que hacen referencia a la ideación deliberada, en la que aparecen elementos de distorsión [*MQsin*, (*H*)] y pasividad (*Mp*).

➤ **En la segunda función**, las tres variables tienen un peso positivo, siendo la más alta *FD*, seguida de *MQsin* y, finalmente, *Mp*.

⇒ Son importantes, además, *EA*, *pasivo*, *C'*, *Sum H*. ◀

⇒ La segunda función, que podría agruparse con el denominador común de ideación deliberada con elementos de constricción (*C'*), discrimina a las pacientes deprimidas, fundamentalmente, que tienen una media, en general, más baja.

• Posteriormente, se realiza una **clasificación** de los casos según esta función discriminante, de tal forma que cada caso se adscribe a uno de los tres grupos en base únicamente a esta función. Los resultados obtenidos se ofrecen en la Tabla 74.

Tabla 74. Resultados de la clasificación de los tres grupos, según la función discriminante.

GRUPO			Grupo de pertenencia pronosticado			Total
			1. Anorexia	2. Depresión	3. Control	
Original	Recuento	1. Anorexia	13	32	5	50
		2. Depresión	5	42	3	50
		3. Control	2	35	13	50
	%	1. Anorexia	26,0	64,0	10,0	100,0
		2. Depresión	10,0	84,0	6,0	100,0
		3. Control	4,0	70,0	26,0	100,0

Podemos observar que:

- Las pacientes deprimidas aparecen muy bien clasificadas : el 84% de adolescentes deprimidas se adscriben al grupo de depresión. Se trata, por tanto, de un grupo muy homogéneo.
- Hay una serie de pacientes anoréxicas (26%) que no presentan síntomas de depresión y aparecen bien clasificadas, en su propio grupo. Sin embargo, un 64% presentan síntomas de depresión y, por ello, aparecen clasificadas en el grupo de pacientes deprimidas.

Todo ello lleva a confirmar, la existencia de dos subgrupos claramente diferenciados: a) Las anoréxicas que, además, presentan comorbilidad depresiva; b) Las anoréxicas que cursan sin depresión.

- **Conclusiones:**

- a) Se confirma con claridad el trastorno ideativo en la AN, mediante la constelación  $MQsin \uparrow, Mp \uparrow, FD \downarrow, M \uparrow, MQo \uparrow, Adj D \uparrow, Sum H \uparrow, (H) \uparrow$ .
- b) La constelación:  $MQsin \downarrow, EA \downarrow, pasivo \downarrow, C' \uparrow, Sum H \downarrow$  discrimina a las pacientes deprimidas.
- c) Ambas constelaciones son bastante consistentes, si se tiene en cuenta el tamaño muestra (Exner, comunicación epistolar, Agosto, 1999).
- d) Hay mucha carga de sintomatología depresiva en los tres grupos evaluados y el test *Rorschach* es un buen test para detectarla.
- e) En la anorexia la depresión es un componente importante pero no patonogmónico. Se diferencian claramente dos subgrupos : (1) Anoréxicas sin depresión; (2) Anorexia con comorbilidad depresiva.
- f) Posiblemente  $MQsin$  serviría para diferenciar a las anoréxicas sin depresión ( $MQsin \uparrow$ ), de aquellas que se deprimen ( $MQsin \downarrow$ ). Sin embargo, esto se apunta únicamente como una

posibilidad, debido a que las frecuencias de esta variable son extremadamente bajas y la media, casi siempre, muy cercana al cero.

#### **IV.2.7.- NUEVAS HIPÓTESIS.**

Además de las hipótesis que se han ido generando en el análisis de los diversos agrupamientos *Rorschach*, al obtener una visión de conjunto de todos los resultados, parece posible encuadrar la patología anoréxica dentro de los Trastornos de Personalidad, hipótesis que se va a argumentar a continuación muy brevemente.

##### **IV.2.7.1.- Definición y criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad (TP).**

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad solo constituyen un TP cuando son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. El TP tiene su inicio en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

El diagnóstico de TP requiere una evaluación de los patrones de la actividad del sujeto a largo plazo, en la que hay que diferenciar el TP de características que surgen como respuesta a estrés situacional o a estados mentales transitorios. Por ello, en adolescentes el diagnóstico no debe ser definitivo, pues hay que comprobar que los rasgos de personalidad desadaptativos tiendan a persistir y no a limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de Trastorno del Eje I (por ejemplo, esquizofrenia). Para diagnosticar un TP en un sujeto menor de 18 años, las características que originan el diagnóstico deben haber estado

presentes al menos durante un año.

Los criterios diagnósticos de TP, según *DSM IV* (APA, 1994a), se recogen en la Tabla 75.

Tabla 75. *Criterios diagnósticos para Trastorno de Personalidad (DSM IV, 1994).*

<p>A) Un patrón permanente de experiencia interna y comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ <i>Cognición</i>: formas peculiares de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos.</li><li>❖ <i>Afectividad</i>: alteraciones en la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional.</li><li>❖ <i>Actividad interpersonal</i>.</li><li>❖ <i>Control de los impulsos</i>.</li></ul> <p>B) Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p>C) Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D) El patrón es estable, de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p>E) El patrón no es atribuible a una manifestación ni a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p>F) El patrón no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento), ni a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal).</p>
---

La evaluación de este trastorno también se complica porque las características que definen un TP, en ocasiones, no son consideradas problemáticas por el sujeto, es decir, que son egosintónicas. En consecuencia, es útil obtener información de varias fuentes y de observadores externos.

Los TP están reunidos en **tres grupos** (*DSM IV*: APA, 1994a), que se basan en las similitudes de sus características, si bien hay que señalar que este sistema de agrupamiento,

que resulta útil para la investigación o docencia, no ha sido aún validado de forma consistente:

- El **grupo A** incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos.
- El **grupo B** incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables.
- El **grupo C** incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo. Los sujetos que se incluyen en este grupo suelen parecer ansiosos y temerosos.

#### **IV.2.7.2.- Referencias bibliográficas sobre AN y TP.**

Aunque los resultados de los estudios realizados son difíciles de valorar entre sí por las diferencias metodológicas existentes, el TP límite y el TP por dependencia tiene una elevada prevalencia tanto en la BN como en la AN (Chinchilla, 1995) y las características del TP evitativo son frecuentes en la AN (Wonderlich, Swift, Slotnich, & Goodman, 1990).

Los datos sobre la incidencia y prevalencia de los TP en AN son muy dispares (Garner, 1993). Sirva como ejemplo las cifras aportadas sobre TP límite. Los criterios de este TP, a grandes rasgos, hacen referencia a acciones impulsivas y a sentimientos crónicos del individuo. Una diferencia evidente entre los grupos de AN restrictiva, AN bulímica y BN, es la tendencia de los pacientes con AN bulímica y BN a mostrar un estilo defensivo con tendencia a la acción, mientras que el tipo de AN restrictivo tiende al control de los impulsos y, por tanto, a la inhibición de la acción. En un estudio realizado por Wonderlich, Swift, Slotnich y Goodman (1990) con el *MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory, Millon, 1982)*, la mitad de los pacientes de cada subgrupo clínico cumplía los criterios de TP límite, mientras que en un estudio realizado por Yates, referido por Chinchilla (1995),

sólo el 13% de la muestra de pacientes bulímicas lo cumplía. En un estudio de Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Brouillette (1988), el porcentaje de TP límite era mayor en anoréxicas bulímicas que en restrictivas. Todos estos hallazgos sugieren que los instrumentos de valoración empleados tienen una especificidad cuestionable (Pope, & Hudson, 1989) y que los diseños metodológicos son muy dispares (Chinchilla, 1995) y, a veces, poco rigurosos.

Strober (1991) intenta construir un puente de unión entre las teorías biológicas, las teorías de la personalidad y la teoría psicoanalítica. De esta forma, establece la teoría del temperamento como un factor de riesgo para los TCA, basado en el modelo psicobiológico tridimensional de Cloninger. Entiende el temperamento en el sentido de Millon, como sustrato neurológico, endocrinológico e incluso bioquímico. Desde este modelo, en el plano teórico, se puede argumentar que las pacientes con AN restrictiva encajarían en un grupo caracterizado por la evitación del riesgo, escasa búsqueda de novedades y dependencia del refuerzo. La configuración de este temperamento daría lugar a una restricción de las emociones, demora en el cambio de intereses, conducta metódica y repetitiva, rigidez, preocupaciones extremas, escasa adaptación a los cambios, dependencia de los demás por refuerzo emocional y sensibles a la aprobación o negación. Las relaciones con el TP del grupo C, evitativo, son evidentes.

#### **IV.2.7.3.- Datos que aporta *Rorschach* para el diagnóstico TP.**

Para llegar a la sospecha de TP, será necesario recurrir a otras fuentes de información, pues *Rorschach* proporciona datos únicamente del criterio A y del criterio E (Sendín y García Alba, 1999, Julio). En el caso de las pacientes anoréxicas los resultados obtenidos, analizados a lo largo de toda esta investigación, que hacen referencia a TP, se incluyen en la Tabla 76.

Tabla 76. Relación de variables Rorschach/criterios DSM IV(1994) para TP.

<b>Criterios DSM IV</b>	<b>Variables Rorschach</b>	<b>Conclusiones</b>
<b>Criterio A</b>		
<i>1. Cognición</i>		
<i>Procesamiento</i>	<i>DQv ↓</i> <i>Zd adecuado.</i>	Captación de la información adecuada
<i>Mediación</i>		Traducción algo distorsionada, al igual que las otras adolescentes.
<i>Ideación</i>	<i>M ↑</i> <i>MQo ↑</i> <i>MQsin ↑</i> <i>Mp ↑</i> <i>Pasivo ↑</i> <i>EB Per ↑</i>	Conceptualización alterada.
<i>2. Afectividad</i>		Bastante adecuada
<i>3. Relaciones interpersonales</i>	<i>(H) ↑</i> <i>Pasivo ↑</i>	Fantaseadas, rol pasivo.
<i>4. Controles</i>	<i>EA ↑</i> <i>Adj D adecuado</i>	Poseen recursos y controles suficientes
<b>Criterio E</b>		
<i>Diagnóstico diferencial</i>	<i>Constelac./Rorschach</i> Esquizofrenia ( <i>SCZI</i> ) Depresión ( <i>DEPI</i> ) Estilo obsesivo ( <i>OBS</i> ) Índice suicidio	Ausente No significativa; posible comorbilidad Ausente Ausente

Nota: ↑ = aumentado; ↓ = disminuido.

#### IV.2.7.4.- Conclusiones.

Según estos resultados podemos concluir:

- En el criterio A se constatan dificultades cognitivas (ideación) y en la esfera interpersonal.
- Los problemas que presentan no se deben a otro trastorno mental, por lo que se cumple el criterio E.
- La práctica clínica, permite deducir la existencia de los otros criterios, ya que se trata de una patología inflexible, que acaba siendo lo único importante para el sujeto (criterio B), que causa gran deterioro en su vida (criterio C), de larga duración (criterio D) y no se debe a afectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (criterio F). Sin embargo, estos criterios no son deducibles de los datos *Rorschach*.
- Diversos autores apoyan la presencia de un TP en pacientes con TCA (Gartner, Marcus, Halmi, & Loranger, 1989; Kennedy, McVey, & Katz, 1990; Loranger, Susman, Oldham, & Russakoff, 1988; Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy, & Brouillete, 1988). Para algunos autores (Chinchilla, 1995) la evidente comorbilidad de los TP y AN es un hecho que sobrepasa el fenómeno de la simple concurrencia y que, a pesar de los problemas conceptuales y metodológicos existentes, el desarrollo de la investigación actual, con la integración de los hallazgos neurobiológicos, las valoraciones de la personalidad y la psicopatología, podrá aclarar este tema. La presencia de un TP en la AN tiene importantes repercusiones en la planificación del tratamiento y en el pronóstico.
- Esta hipótesis deberá ser confirmada posteriormente, mediante un diseño adecuado destinado a tal fin.

## **V.- CONCLUSIONES.**



Las conclusiones de esta investigación se exponen, de forma muy sintética, en dos partes diferenciadas, aunque esta separación es artificial y sólo se justifica en aras de lograr una mayor claridad expositiva.

En el primer apartado se incluyen las conclusiones más significativas que se han obtenido sobre la hipótesis principal de este trabajo, que postula las diferencias existentes entre la muestra de pacientes anoréxicas y la muestra de pacientes diagnosticadas de depresión en cuanto a trastorno afectivo se refiere. A estos resultados se ha llegado mediante el tratamiento estadístico de los datos procedentes de los instrumentos utilizados en la evaluación de la personalidad de estas adolescentes (*Rorschach*, *MMPI*), a las que se ha comparado con un grupo de control. La escala *CBCL*, que también se aplicó, se ha utilizado como criterio externo, para contrastar los resultados de los otros tests con la información que aportaron los padres de estas chicas, ya que sus subescalas no representan categorías diagnósticas, en opinión del propio autor (Achenbach, 1979). También se esbozan las implicaciones, tanto teóricas como prácticas, que se derivan de dichas conclusiones.

Posteriormente, en un segundo apartado, se aportan las conclusiones más relevantes sobre el funcionamiento psicológico y las características de personalidad de las pacientes anoréxicas, deducibles a través del análisis de los agrupamientos de variables *Rorschach*, propuestos por Exner (1986, 1993/1994). En todos los casos se parte de la hipótesis que sostiene que hay diferencias significativas entre anoréxicas, deprimidas y grupo de control, en los diversos agrupamientos *Rorschach*: funcionamiento cognitivo, capacidad de control y tolerancia al estrés, afectos, autopercepción y relaciones interpersonales. A lo largo de la exposición de resultados se han analizado también estas mismas características en el grupo de pacientes deprimidas y en el grupo de control, pero las conclusiones sobre estos dos últimos grupos no se incluyen en este apartado, por ser menos relevantes para la presente

investigación, remitiéndose al lector interesado al Apartado IV.2, donde se incluyen y comentan ampliamente.

Conviene remarcar especialmente, como se ha venido haciendo a lo largo de toda la exposición, que el tipo de muestreo realizado, habitual en investigaciones psicológicas, en el que se seleccionan los casos en función de las disponibilidades de los sujetos y del investigador, introduce ciertos sesgos y determina que las inferencias poblacionales no sean rigurosas. No obstante, los resultados resultan válidos y de gran utilidad (Exner, comunicación personal, Octubre, 1998) cuando se explicitan adecuadamente sus características (Martínez Arias, comunicación personal, Noviembre, 1996) (Apartado III.3) y se realiza la investigación con especial cuidado en el control de las variables perturbadoras (Kish, 1987).

#### **V.1.- RELACIÓN ENTRE ANOREXIA Y DEPRESIÓN A TRAVÉS DE LOS TESTS *RORSCHACH*, *MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)*, Y *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)*.**

Se analizan las variables de estos tests relacionadas con depresión y con ansiedad, ya que ésta suele estar presente, en mayor o menor medida, en todo síndrome depresivo. Los resultados se recogen en la Tabla 77 (pág. 437) y nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

- **Muestra de pacientes diagnosticadas de depresión.**

1. **La concordancia de resultados** en los instrumentos empleados es total en este grupo de pacientes. Estas adolescentes presentan una personalidad globalmente deprimida (*Rorschach*: *DEPI* positivo,  $p < 0.01$ ), se autodescriben como deprimidas (*MMPI*: *escala 2*,  $p < 0.001$ , potencia 1;  $\eta$  0.52) y son percibidas por sus padres con síntomas propios de una

depresión (CBCL:  $p < 0.01$ , potencia 0.93,  $\eta$  0.30), tales como: quejas de soledad, no sentirse queridas, timidez, sentimientos de inferioridad y rechazo, tristeza, etc.

Tabla 77. Variables significativas Depresión: Rorschach, MMPI, CBCL.

TESTS	ESTADÍSTICOS				NO PACIENTES	ANOREXIA	DEPRESIÓN
	$\alpha$	c.c.	$\eta$	pot			
<b>RORSCHACH</b>							
DEPI $\geq$ 5 ***	.00	.31	--	--	ausencia (64%)		presencia (76%)
DEPI $\geq$ 6 **	.00	.25	--	--	ausencia (80%)		presencia (50%)
DEPI $\geq$ 5 y CDI $\geq$ 4 **	.00	.25	--	--			presencia (46%)
DEPI $\geq$ 6 y CDI $\geq$ 4 *	.03	.21	--	--			presencia (34%)
DEPI $\geq$ 5 Y CDI $<$ 4	(R)	.16	--	--	ausencia (84%)		
DEPI $<$ 5 y CDI $\geq$ 4 **	.00	.28	--	--	presencia (46%)		ausencia (86%)
C' $>$ 2 *	.02	.22	--	--	ausencia (74%)		presencia (52%)
Sum SH $>$ FM+m **	.00	.27	--	--	ausencia (72%)		presencia (62%)
Mor $>$ 2	(R)	.17	--	--	ausencia (88%)		
Eg. $>$ .44(Fr=0)o $<$ .33	(R)	.17	--	--			presencia (76%)
Egoc. $<$ 0.33	(R)	.18	--	--			presencia (70%)
EA $<$ 6*	.04	.20	--	--		ausencia (62%)	
Adj D $<$ 0	(R)	.19	--	--			presencia (46%)
SumPondC $<$ 2.5	(R)	.11	--	--		ausencia (66%)	
<b>MMPI</b>							
MMPI-2 directa ***	.00	--	.53	1.0		mayor que NP	mayor que NP
MMPI-2 típica ***	.00	--	.52	1.0		mayor que NP	mayor que NP
MMPI-7 directa ***	.00	--	.41	.99			mayor que NP y AN
MMPI-7 típica ***	.00	--	.36	.99			mayor que NP y AN
MMPI-F directa **	.00	--	.33	.87			mayor que NP y AN
MMPI-F típica **	.00	--	.32	.90			mayor que NP y AN
MMPI-K directa ***	.00	--	.33	.97	mayor que D	mayor que D	
MMPI-K típica **	.00	--	.28	.91		mayor que D	
<b>CBCL</b>							
Ansiedad directa ***	.00	--	.40	1.0		mayor que NP	mayor que NP
Ansiedad Típica ***	.00	--	.36	.99		mayor que NP	mayor que NP
Depresión directa **	.00	--	.30	.92		mayor que NP	mayor que NP
Depresión típica **	.00	--	.30	.93		mayor que NP	mayor que NP

Nota:- NP = no pacientes; AN = anorexia; D = depresión.

-  $p < 0.001 = ***$ ;  $p < 0.1 = **$ ;  $p < 0.05 = *$ .

- (R) = análisis de residuos.

- Las variables Rorschach figuran con su terminología habitual, omitiéndose su significado pues ya ha sido ampliamente comentado (Apartado III. 2.1 y IV.1). Ahora sólo se pretende aportar un resumen que facilite la exposición y el seguimiento de las conclusiones.

2. En muchas ocasiones, como ocurre con el grupo de control, el trastorno afectivo de estas pacientes es secundario a su **inhabilidad social**, a las dificultades que se ponen de manifiesto cuando interactúan con su entorno (DEPI positivo y CDI positivo) y que dar como resultado un cúmulo de experiencias de fracaso e inadecuación.

Este dato tiene implicaciones prácticas muy importantes y habrá que tenerlo en cuenta al planificar el tratamiento de estas jóvenes deprimidas. La intervención terapéutica idónea, en estos casos, deberá consistir esencialmente en mejorar sus habilidades sociales y, en principio, no se les deberá prescribir un tratamiento farmacológico, útil en otro tipo de depresiones, pero inútil y yatrogénico en estos casos, en los que si el paciente mejora no es por el antidepresivo administrado, sino por el cuidado que se le dispensa y el sujeto volverá a deprimirse cuando se le deje de prestar atención.

Por todo ello parece imprescindible, sobre todo cuando se trabaja con población adolescente, realizar diagnósticos precisos y diferenciados pues, de esta forma, se pueden evitar actuaciones terapéuticas generadoras de yatrogenia por parte de los profesionales que atienden a estos sectores de población.

3. En cuanto a la **ansiedad**, que casi siempre está presente en niños y adolescentes deprimidos, también aparece en este grupo, tanto a través de las informaciones que las pacientes dan sin saber con qué aspectos de su personalidad se relacionan (*Rorschach: C'*,  $p < 0.05$ ; *Sum SH*,  $p < 0.01$ ), como cuando responden a preguntas formuladas abiertamente en *MMPI (escala 7)*,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta$  0.36) y cuando los informantes son los padres de estas adolescentes deprimidas (*CBCL*:  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta$  0.36).

4. En suma, la presencia de depresión y ansiedad en este grupo es significativa, tal y como era de esperar.

- **Muestra de pacientes anoréxicas.**

1. Lo primero que hay que señalar es que la **respuesta** obtenida en este grupo es **diversa**, según los tests empleados, lo que no supone en absoluto resultados contradictorios, sino que se trata de respuestas que se complementan y enriquecen al ser aportadas por evaluaciones realizadas desde distintos ángulos y todas ellas están avaladas por buenos niveles de

significación, altas potencias estadísticas y tamaños de efecto medios.

2. En cuanto a la presencia de **depresión**, de forma muy esquemática se puede concluir:

⇒ En el test *Rorschach* el Índice de Depresión (*DEPI*) no es significativo. Las pacientes anoréxicas ocupan una posición intermedia entre el grupo de pacientes deprimidas, en las que la presencia de depresión resulta altamente significativa ( $p < 0.01$ ) y el grupo de control, en el que la ausencia de depresión es igualmente significativa ( $p < 0.01$ ). Es decir, que el porcentaje de depresión en la muestra de pacientes anoréxicas es menor que el que aparece en el grupo de pacientes deprimidas, pero es mayor que el que se constata en el grupo de control.

⇒ En *MMPI (escala 2)*, la presencia de depresión es altamente significativa ( $p < 0.001$ , potencia 1.0,  $\eta$  0.52): cuando estas adolescentes se autodescriben, la sintomatología depresiva ocupa un lugar importante en sus atribuciones.

No se encuentra un perfil *MMPI* específico de este grupo, aunque en muchos de ellos la escala 2 suele estar presente con distintos matices, según sea el código que la acompaña (2-3/3-2; 2-1/1-2; 2-5/5-2).

⇒ Los padres, en *CBCL*, atribuyen a sus hijas síntomas y conductas propias de la depresión ( $p < 0.01$ , potencia 0.93,  $\eta$  0.30).

3. Las **diferencias de resultados** entre *Rorschach* y *MMPI* son frecuentes en los estudios que utilizan ambos tests conjuntamente (Weiner, 1993).

⇒ Puede deberse a que se trata de instrumentos diferentes, de los que se derivan aspectos distintos de la personalidad evaluada (Meyer, 1997), pues mientras *MMPI* revela lo que el sujeto entiende sobre sí mismo y está dispuesto a revelar, *Rorschach* pone de manifiesto características menos evidentes, tal como se manifiestan a través de la articulación de sutiles propiedades perceptivas.

⇒ Se sabe que AN y D comparten una serie de alteraciones neurobiológicas que no son específicas de depresión, sino que pueden ser consecuencia de la inanición. De hecho, en una tercera parte de los casos de AN, la sintomatología depresiva desaparece con la realimentación (Morandé y cols., 1995). En función de estos datos y teniendo en cuenta que la *escala 2 (MMPI)* está muy saturada de ítems relacionados con los aspectos más físicos de la depresión (Levitt, 1989), una posible explicación de la elevación de la *escala 2* en AN sería la mayor sensibilidad de esta escala para detectar las alteraciones psicológicas consecuentes a la inanición.

⇒ Lo que resulta evidente, a la luz de estos datos, es que la organización de la personalidad de estas pacientes anoréxicas no gira en torno a la depresión (*DEPI* no significativo) y que se atribuyen (*MMPI*) síntomas y conductas propias de la depresión, en los que los aspectos más físicos de esta patología pueden tener un peso importante. Estos síntomas son corroborados por sus padres (*CBCL*), pero no parecen ser consecuencia de un estado que afecte a su personalidad globalmente.

4. En cuanto a la **ansiedad**, que suele estar presente en los cuadros depresivos, vemos que en *Rorschach* tampoco se detecta. En estas pacientes no aparece ansiedad generalizada, ni una importante sobrecarga emocional, ni sufrimiento interno acusado (*C'*; *Sum SH*). Cuando estas adolescentes se autodescriben en *MMPI*, tampoco se atribuyen sintomatología de este tipo (*escala 7*) y son únicamente sus padres quienes refieren cierta ansiedad en sus hijas (*CBCL*,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta 0.36$ ), aunque la puntuación media obtenida no alcanza significación clínica. Probablemente los padres con sus observaciones se están refiriendo a las tensiones que se dan en la interacción familiar, por la pelea que se establece entre la anoréxica, que no quiere comer y su familia que, a pesar de las orientaciones dadas por los profesionales que las atienden, quiere a toda costa que su hija coma, entrando todos ellos en

una dinámica de persecuciones, controles y suspicacias, que deterioran enormemente la convivencia y generan gran ansiedad en toda la familia, sobre todo a las horas de las comidas y en torno a los temas relacionados con la alimentación.

La ausencia de ansiedad y sufrimiento hace pensar en la patología anoréxica como en un cuadro clínico bastante egosintónico, lo que concuerda con lo señalado por algunos autores (Vallejo Rubiola, 1997) acerca del fondo caracteropático que observan en estas pacientes, que frecuentemente se evidencia en la práctica clínica y que dificulta enormemente su tratamiento y abordaje terapéutico. Sin embargo, otros autores (Lasa y Canedo, 1997; Turón, 1997; Yellowless, 1985) consideran que la ansiedad es una vivencia constante en los TCA.

5. Resulta igualmente cierto, que en el grupo de pacientes anoréxicas se da mayor **comorbilidad** depresiva (36%-56%) que en el grupo de control (12%-20%). A través de la bibliografía revisada se pueden aportar algunas hipótesis explicativas de este hecho, que no resultan excluyentes entre sí, sino más bien complementarias:

⇒ Los efectos de la inanición y pérdida de peso, que se mencionaban anteriormente, propios de la AN, producen alteraciones en los mecanismos bioquímicos de los neurotransmisores (Abou-Saleh, Oleesky, Crisp, & Lacey, 1986) que, a su vez, originan depresión, irritabilidad, etc. (Fitcher, Pirke, & Holsboer, 1986). Según Garfinkel y Garner (1982), las conductas que llevan al estado de desnutrición en el que se encuentran las anoréxicas (plano fisiológico) constituyen un factor determinante en la sintomatología psicológica que aparece.

⇒ Puede haber un incremento de la patología depresiva en el grupo de anoréxicas por el propio hecho de la hospitalización (Polaino y Lizasoain, 1990). Esta alteración afectiva se considera como un proceso de ajuste ante los desórdenes que una hospitalización

conlleva. Conviene recordar que las pacientes anoréxicas de nuestra muestra eran evaluadas durante los primeros días de su primer ingreso, para eliminar el posible influjo de variables relacionadas con cronicidad y lograr mayor precisión diagnóstica.

⇒ Al igual que ocurre con las depresiones detectadas en el grupo de control (12%-20%), que no habían generado demanda de atención psicológica alguna, dentro del grupo de pacientes anoréxicas puede haber algunas depresiones que hubieran pasado desapercibidas, de no haber desarrollado un problema de alimentación, que siempre acaba generando algún tipo de demanda. El trastorno afectivo puede ser previo al problema de alimentación y, en estos casos, ser uno de los muchos factores de riesgo que favorecen la aparición de una AN (Katz, 1987).

⇒ Dentro de la patología anoréxica puede darse la existencia de dos subgrupos claramente diferenciados: la AN que cursa con depresión y la AN que cursa sin depresión. Esta posibilidad es admitida y constatada desde diversas disciplinas:

\* Desde la bioquímica, Biederman y cols. (1984) estudian la actividad plaquetaria MAO en un grupo de anoréxicas, encontrando niveles MAO significativamente bajos en anoréxicas con diagnóstico de depresión mayor, mientras que las anoréxicas no deprimidas mantienen niveles MAO similares al grupo de control.

\* Desde la psicometría, Biederman, Habelow, Rivinus, Harmatz y Wise (1986), revisan las puntuaciones *MMPI* de una muestra de pacientes anoréxicas de las que unas cubren los criterios diagnósticos *RDC* para depresión (*AN/RDC+*) y otras no los cubren (*AN/RDC-*), encontrando diferencias significativas en el *MMPI* de uno y otro grupo.

Nuestros resultados *Rorschach*, obtenidos tanto a través del análisis de índices y agrupamientos como de la aplicación del análisis discriminante a las variables significativas, pueden interpretarse en el mismo sentido: un subgrupo de pacientes con

AN presenta una severa depresión, mientras que en otro subgrupo la depresión está ausente.

\* La práctica clínica corrobora también este hecho pues, aunque se constata que el tratamiento de una paciente anoréxica que presenta comorbilidad depresiva resulta inicialmente más fácil, por el sufrimiento que conlleva y que hace que la paciente admita mejor la ayuda psicoterapéutica que se le proporciona, sin embargo, la presencia o ausencia de depresión no parece mejorar el pronóstico de AN a largo plazo (Morandé, comunicación personal, Mayo, 1995).

6. Cuando las pacientes anoréxicas están, además, deprimidas, esta depresión no suele ser consecuencia de su inhabilidad social ( $DEPI \geq 6$  y  $CDI < 4 = 22\%$ ,  $p < 0.05$ ), lo que marca una nueva diferencia con los otros grupos evaluados.

7. Los resultados obtenidos llevan a **aceptar la hipótesis** inicialmente propuesta y a poder afirmar que, en nuestra muestra, las pacientes anoréxicas y las pacientes diagnosticadas de depresión difieren en sus problemas afectivos. En estas anoréxicas la depresión no es nuclear ( $DEPI$  no significativo), aunque puede coexistir (mayor presencia  $DEPI$  positivo;  $MMPI$ : *escala 2*) y no presentan ansiedad concomitante (*Rorschach* y *escala 7* no significativos). Por el contrario, en las pacientes diagnosticadas de depresión, la presencia de ansiedad (*Rorschach*:  $Sum SH > FM+m$ ,  $p < 0.01$  y  $C' > 2$ ,  $p < 0.05$ ; *escala 7 MMPI*,  $p < 0.001$ ) y la presencia de depresión ( $DEPI \geq 6$ ,  $p < 0.01$ ; *escala 2 MMPI*,  $p < 0.001$ ) son altamente significativas.

En definitiva, desde la perspectiva de la evaluación psicológica de la personalidad y, según nuestros datos, se establece una clara diferenciación entre AN y D, en contra de la opinión que sustentan algunos autores (Gerner, & Gwirstman, 1981; Hudson, Pope, Jonas, & Yurgelun-Tood, 1983b) y concordando con la de otros que han señalado tales diferencias

(Altshuler, & Weiner, 1985; Biederman et al., 1984; Biederman, Habelow, Rivinus, Harmatz, & Wise, 1986; Morandé y cols., 1995; Russell, 1977, 1979).

8. Conviene señalar la importancia de utilizar una **batería de tests** al realizar una investigación y no limitarse a un test único, por muy válido que éste sea. Es preciso emplear medidas complementarias que, recogiendo diferentes muestras de conducta, aporten aspectos distintos en la evaluación de la personalidad y hagan más comprensible el fenómeno a estudiar. Utilizando únicamente *Rorschach* o exclusivamente *MMPI*, sólo se hubiera detectado una parte del problema: la ausencia de depresión, según *Rorschach*, o la presencia de depresión, según *MMPI*, resultando ser ambas respuestas verdaderas pero insuficientemente explicativas por sí solas de la complejidad de presentación del trastorno alimentario.

9. Una vez descartado el trastorno afectivo como nuclear en la patología anoréxica, es preciso aportar otros datos, a través del análisis de los agrupamientos de las variables *Rorschach*, que ayuden a la comprensión de esta entidad nosológica y que servirán también para concretar en qué contexto se da esa presencia o ausencia de depresión.

- **Grupo de control.**

1. En este grupo **coinciden** también los resultados de los tres instrumentos empleados en la evaluación.

2. Como era de esperar, la ausencia de **depresión** es significativa (*Rorschach*:  $DEPI \geq 6$ , ausente en 80%  $p < 0.01$ ). Estas adolescentes manifiestan no estar deprimidas (*escala 2 MMPI*,  $p < 0.001$ , potencia 1,  $\eta 0.52$ ) y sus padres no observan en ellas síntomas propios de depresión (*CBCL*,  $p < 0.01$ , potencia 0.93,  $\eta 0.30$ ).

3. La **ansiedad** (*Rorschach*:  $Sum SH > FM+m$  ausente en 72%,  $p < 0.01$  y  $C' > 2$  ausente 74%,  $p < 0.05$ ; *MMPI*: *escala 7*,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta 0.36$ ) también está

significativamente ausente en este grupo. Los padres describen a estas adolescentes como tímidas, tercas e irritables, características que son propias del periodo evolutivo por el que atraviesan y que carecen de significación clínica (*CBCL*,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta$  0.36).

4. En suma, en este grupo de control la ansiedad y la depresión están significativamente ausentes.

5. Un análisis más detallado de los índices de depresión (*DEPI*, *CDI*) en este grupo aporta datos muy interesantes y, al mismo tiempo, preocupantes:

⇒ En los casos en que aparece un trastorno afectivo severo ( $DEPI \geq 6 = 20\%$ ), en un porcentaje muy elevado de ellos (16%), la depresión parece ser consecuencia de su incapacidad para desenvolverse de forma adecuada en su medio habitual (*DEPI+ CDI*).

⇒ Por el contrario, es extremadamente inusual que las adolescentes que se desenvuelven bien en su entorno se depriman ( $DEPI \geq 6$  y  $CDI < 4 = 4\%$ ,  $p < 0.05$ ).

⇒ Además, en general, es un grupo socialmente muy ineficaz ( $CDI \geq 4 = 66\%$ ) y se puede pensar que, a largo plazo, si esa ineficacia social no se subsana, las continuas experiencias de fracaso van a generar una patología depresiva en el sujeto.

⇒ A través de otra vía se llega a la misma conclusión: como se señaló en el apartado IV.1.1.6, un 34% de estas adolescentes tienen una alta probabilidad de generar algún tipo de alteración psicológica (Factor de riesgo, Exner, Octubre 1997). El estudio conjunto de *DEPI* y *CDI* indica que uno de los riesgos más probables en este grupo es el desarrollar algún tipo de depresión secundaria a su ineficacia social.

6. Sería necesario aumentar la muestra de este grupo, tanto en número como en representatividad, para poder confirmar o descartar si el **riesgo de generar algún tipo de patología** se puede generalizar a un sector más amplio de la población. De confirmarse, esta afirmación tendría importantes implicaciones prácticas, pues se precisaría tomar medidas

preventivas desde diversos sectores, como por ejemplo el educativo, para dotar a los adolescentes de mayores recursos para hacer frente a las dificultades crecientes de su entorno. Se trataría de desarrollar y potenciar habilidades sociales, conductas asertivas, actividades grupales y de cooperación, resolución de problemas, toma de decisiones, etc.; es decir, de dotarles de más recursos psicológicos u operativizar mejor los que tienen, para posibilitar unas relaciones más satisfactorias con el entorno, evitando con ello conductas desadaptativas, como forma de evasión ante las dificultades, o conductas claramente patológicas, como la depresión.

7. Nuestros datos sobre esta muestra de no pacientes presentan diferencias notables con los que aporta Exner (1994), obtenidos con población adolescente americana. Sería necesario ver hasta qué punto estas diferencias halladas en nuestra muestra (menor madurez; mayor ineficacia y aislamiento social; autoestima más baja; actitud/estilo más evitativo y simplificador, etc.) se deben a sesgos muestrales o suponen el resultado de diferencias importantes existentes en función de diversas pautas **culturales**. De todas formas, resulta evidente la necesidad de potenciar las investigaciones con muestras españolas, para lograr un empleo más adecuado de los tests, con datos normativos que eviten los sesgos culturales.

8. Los **estadísticos descriptivos Rorschach** que se ofrecen en esta investigación, en el Apartado IV.1.1.1 (Tablas 30, 31 y 32), son orientativos para los usuarios de este test y pueden resultar de gran utilidad al ser los únicos de los que disponemos para adolescentes españoles hasta el momento actual. Habitualmente, se utilizan baremos americanos (Exner, 1993/1994), a pesar de las diferencias culturales existentes.

## V.2.- OTRAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LAS PACIENTES ANORÉXICAS OBTENIDAS A TRAVÉS DEL TEST DE *RORSCHACH*.

Los datos de las variables que resultaron significativas se incluyen en la Tabla 78 (pág. 448). En los comentarios a estos resultados, se van a destacar, en cada uno de los agrupamientos, las características que las pacientes anoréxicas comparten con las otras adolescentes y aquéllas otras que les son propias, que resultan específicas de este grupo.

### V.2.1.-Tríada Cognitiva.

Como se ha ido indicando, estos agrupamientos de variables *Rorschach* proporcionan información acerca del funcionamiento cognitivo del sujeto en su triple vertiente: (a) Cómo incorpora la información de su entorno (**Procesamiento**); (b) Cómo identifica o codifica la información captada (**Mediación**); (c) Finalmente, cómo elabora con ella nuevos conceptos (**Ideación**). Son procesos esenciales en el funcionamiento psicológico del sujeto y los fallos producidos en cualquiera de ellos, tendrán repercusiones importantes en su conducta.

- **Procesamiento de la información:**

1. La forma en que las pacientes anoréxicas registran la información que proviene de su entorno es bastante similar a la de las otras adolescentes evaluadas. *Todas ellas:*

- ⇒ Se implican en la tarea a realizar, esforzándose por organizar los estímulos y crear relaciones significativas entre ellos (*Zf*).
- ⇒ Resultan poco prácticas (*D%* ↓) en el abordaje de las situaciones, pues se pierden en percepciones demasiado generales (*W%* ↑) y/o en aspectos muy parciales, muy sesgados (*Dd%* ↑).
- ⇒ No incurren en reiteraciones (*PSV*, ausente), ni en una minuciosidad y/o perfeccionismo exagerados (*OBS* negativo).

Tabla 78.- Constelaciones Rorschach: Variables significativas (AV y  $\chi^2$ ).

VARIABLES RORSCHACH	ESTADÍSTICOS				NO PACIENTES	ANOREXIA	DEPRESIÓN
	$\alpha$	c.c.	$\eta$	pot			
<b>Funcionamiento Cognitivo</b>							
<b>1. Procesamiento</b>							
<i>DQv</i> *	.03	--	.26	.65	Mayor que AN		
<i>Zd</i> *	.01	--	.24	.79		Mayor que NP	Mayor que NP
<i>Zd</i> >3.5	(R)	.17	--	--	Ausencia (90%)		
<i>T=0</i> *	.04	.20	--	--	Presencia (72%)		
<b>2. Mediación</b>							
<i>FQgo</i> **	.00	--	.26	.82	Mayor que D	(Mayor que D)	
<b>3. Ideación</b>							
<i>M</i> *	.02	--	.24	.68		Mayor que D/ (NP)	
<i>EB Per</i>	(R)	.16	--	--		Presencia (42%)	
<i>MQo</i> *	.02	--	.24	.74		Mayor que D/ (NP)	
<i>MQsin</i> *	.04	--	.20	.64		Mayor que D/ (NP)	
<i>Mp</i> *	.01	--	.26	.78		Mayor que NP/ (D)	
<i>Pasivo</i> *	.01	--	.24	.77		Mayor que D/ (NP)	
<i>Mor</i> >2	(R)	.17	--	--	Ausencia (88%)		
<i>Sum6 CC.EE2</i> *	.04	--	.22	.65			Mayor que NP
<b>Control/Tolerancia al estrés. Tensión situacional.</b>							
<i>EA</i> *	.02	--	.22	.72		Mayor que NP y(D)	
<i>EA</i> <6*	.04	.20	--	--		Ausencia (62%)	
<i>A djD</i> *	.03	--	.22	.65		Mayor que D y(NP)	
<i>A djD</i> <0	(R)	.19	--	--			Presencia 46%
<i>Sum SH</i> *	.03	--	.10	.22			Mayor que NP
<b>Afectos</b>							
<i>DEPI</i> >6**	.00	.25	--	--	Ausencia (80%)		Presencia (50%)
<i>DEPI</i> >6 y <i>CDI</i> >4*	.03	.21	--	--			Presencia (34%)
<i>Sum SH</i> *	.03	--	.10	.22			Mayor que NP
<i>Sum SH</i> > <i>FM+m</i> **	.00	.27	--	--	Ausencia (72%)		Presencia (62%)
<i>C' &gt;2</i> *	.02	.22	--	--	Ausencia (74%)		Presencia (52%)
<i>SumPondC</i> <2.5	(R)	.11	--	--		Ausencia (66%)	
<i>FC</i> > <i>CF+C</i>	(R)	.18	--	--	Presencia (40%)		
<i>Mor</i> >2	(R)	.17	--	--	Ausencia (88%)		
<i>Egoc.</i> <0.33	(R)	.18	--	--			Presencia (70%)
<b>Autopercepción</b>							
<i>FD</i> **	.00	--	.32	.88	Mayor que AN/D		
<i>Egoc.</i> <0.33	(R)	.18	--	--			Presencia (70%)
<i>Fr</i> >+ <i>rF</i> >0	(R)	.18	--	--			Ausencia (82%)
<i>An+Xy</i> >1 *	.04	.20	--	--	Presencia (38%)	Ausencia (84%)	
<i>Mor</i> >2	(R)	.17	--	--	Ausencia (88%)		
<i>(H)</i> *	.01	--	.26	.78		Mayor que D y NP	
<i>(Ad)</i> **	.00	--	.20	.64	Mayor que AN		
<b>Relaciones Interpersonales</b>							
<i>Pasivo</i> *	.01	--	.24	.77		Mayor que D/ (NP)	
<i>(H)</i> *	.01	--	.26	.85		Mayor que D y NP	
<i>T=0</i> *	.04	.20	--	--	Presencia (72%)		

Nota: - AN = Anorexia; D = Depresión; NP = No Pacientes : Contraste Tukey.

- (AN) = Anorexia; (D) = Depresión; (NP) = No Pacientes: Contraste Student-Newman-Keuls.

- \*\*\* =  $p < 0.001$ ; \*\* =  $p < 0.01$ ; \* =  $p < 0.05$ ; (R) Análisis de Residuos significativo.

- Las variables Rorschach figuran con su terminología habitual, omitiéndose su significado pues ya ha sido ampliamente comentado (Apartado IV.2). Ahora sólo se pretende aportar un resumen que facilite la exposición y el seguimiento de las conclusiones.

⇒ Su actitud hostil y negativista ( $S \uparrow$ ) les puede hacer perder eficacia.

2. Sin embargo, son las pacientes anoréxicas las que captan mejor y con mayor complejidad la información que les llega de su entorno ( $\Lambda \leq 0.99 = 70\%$ ).

3. Realizan un buen registro de los puntos clave de la información, pudiendo distinguir lo esencial de lo accesorio ( $Zd p < 0.05$ , potencia 0.79,  $\eta$  0.24).

4. Por todo ello, los procesamientos del campo estimular son bastante adecuados. Estas pacientes van a contar con la recepción de suficientes datos que les pueden permitir, en principio, la emisión de conductas bastante adecuadas.

- **Mediación cognitiva.**

5. La falta de ajuste perceptivo que encontramos en las pacientes anoréxicas, los sesgos que realizan cuando codifican la información captada, son bastante similares en los *tres grupos*, en los que cabe destacar lo siguiente:

⇒ Pueden captar lo más obvio y evidente y dar respuestas adecuadas que coincidan con las normas y expectativas de su grupo de referencia (*Populares*).

⇒ Exceptuando estos aspectos más obvios, su ajuste perceptivo es bastante precario, tanto cuando captan las situaciones en toda su complejidad ( $X+\%$ ) como cuando simplifican el campo estimular ( $F+\%$ ) y lo reducen a lo estrictamente formal.

⇒ Este desajuste perceptivo no está producido por interferencias emocionales de tipo hostil ( $S-\%$ ), sino que se debe a un excesivo grado de autocentramiento ( $Xu\%$ ) y a una forma muy arbitraria de interpretar los datos ( $X-\%$ ).

⇒ La falta de precisión perceptiva, común a los tres grupos, puede tener relación, en parte, con sesgos inherentes al tipo de muestreo realizado, pero también revisten menor gravedad y son más comprensibles en el periodo evolutivo en el que aparecen, la adolescencia, etapa de grandes cuestionamientos, sesgos, confrontaciones y

desacuerdos con el entorno.

- **Ideación.**

6. En el proceso final del funcionamiento cognitivo, esto es, en la conceptualización de la información que previamente han recogido del entorno y han codificado, estas adolescentes mantienen importantes diferencias entre sí, compartiendo sólo algunas *características comunes*:

⇒ No se aprecia ningún tipo de sobrecarga ideacional periférica ( $FM+m$ ) que interfiera y dificulte sus procesos de pensamiento y de reflexión deliberada.

⇒ En ocasiones, su forma de pensar está ligeramente distorsionada ( $MQ-; M- > I$ ), pero al no apreciarse deslices cognitivos significativos (*Sum6 CCEE*), estas alteraciones pueden revestir menor importancia psicopatológica.

⇒ También, en ocasiones, su forma de pensar está teñida de cierto pesimismo y de ideas o atribuciones pesimistas (*MOR*).

⇒ No utilizan mecanismos de intelectualización para neutralizar el impacto de las emociones.

7. A pesar de estas semejanzas, este agrupamiento de la *ideación* es el que diferencia, de forma más clara y contundente, a las *pacientes anoréxicas* de las restantes adolescentes y es una de las constelaciones que aporta más información sobre la psicopatología anoréxica.

8. Aunque hay un ligerísimo predominio de estilo de respuesta *ambiguo* (38%), lo más característico de este grupo frente a los otros dos, es el tener un estilo definido de respuesta, en el sentido de *introversión* (34%) o *extratensión* (28%). Esto supone que sólo en un 38% de casos (*ambiguales*), la conducta de estas pacientes será impredecible debido a que, en ocasiones, su forma de pensar se verá influenciada por sus emociones, mientras en otras situaciones, incluso similares, las emociones jugarán un papel muy secundario. Sin

embargo, en el resto de pacientes anoréxicas (62%) habrá una mayor definición, una forma más consistente de respuesta: una parte de ellas (34%, *introversivas*) utilizará la ideación y otra parte (28% *extratensivas*) recurrirá a las emociones y a la interacción con el entorno para resolver problemas y tomar decisiones. Esta mayor definición, firmeza y consistencia en las conductas emitidas por estas pacientes, resulta, en principio, un dato positivo, que habrá que matizar con la información proveniente del análisis de otras variables.

9. Cuando se conecta esta firmeza en la emisión de respuestas con la rigidez y falta de flexibilidad en el estilo habitual de estas pacientes anoréxicas (*EB Per* = 42%), se ponen de manifiesto las dificultades de adaptación y la mayor ineficacia de estas adolescentes ante situaciones que requieran formas de comportamiento distintas a las que habitualmente producen. Este problema supone también una mayor dificultad para el cambio y, en definitiva, para su abordaje psicoterapéutico.

10. Las pacientes anoréxicas utilizan la reflexión en gran medida (*M*,  $p < 0.05$ , potencia 0.68,  $\eta$  0.24). Su pensamiento, bien ajustado habitualmente (*MQo*,  $p < 0.05$ , potencia 0.74,  $\eta$  0.24), no solo tiene alteraciones puntuales, como les ocurre a las otras adolescentes evaluadas (*MQ-*), sino que ocasionalmente presenta características que se asemejan a las operaciones de tipo delirante (*MQsin*,  $p < 0.05$ , potencia 0.64,  $\eta$  0.20).

11. Además, su pensamiento es muy pasivo (*pasivo*,  $p < 0.05$ , potencia 0.77,  $\eta$  0.24), sobre todo cuando utilizan la reflexión deliberada (*Mp*,  $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta$  0.26). Su forma de pensar se convierte entonces en un dar vueltas en cortocircuito a las ideas que les preocupan, gastando energía pero sin que esa reflexión les sirva para buscar soluciones a sus problemas, entrando en una especie de rumiación en la que se gira en torno a las preocupaciones, a veces fantaseadas, y se delega en los demás la responsabilidad y la toma de decisiones, esperando que lo que los otros decidan se ajuste a sus necesidades. Un

pensamiento así resulta muy ineficaz y mantiene al sujeto ocupado de forma totalmente improductiva.

**12.** Esta pasividad no supone, en absoluto, que se sometan fácilmente a las decisiones del entorno, aunque las hace más vulnerables ante ideas, mensajes y opiniones que pueden aceptar sin someterlos a la crítica de su propio criterio.

Conviene recordar aquí la importante presión social a la que todos estamos sometidos, que ofrece modelos triunfadores en los que la delgadez ocupa un lugar primordial, y que, difundidos ampliamente a través de los medios de comunicación, tienen un gran calado, sobre todo en los jóvenes. Esto se une a que la adolescencia es un periodo evolutivo de mucha desorientación, en el que la imagen corporal, cambiante, está muy cuestionada, sujeta a actitudes muy críticas y, probablemente, es depositaria de gran cantidad de conflictos. Por ello, resulta relativamente fácil el rechazo del propio cuerpo y la búsqueda irracional de ideas, como la delgadez, para solucionar todos los problemas. Estas adolescentes, más vulnerables por su pasividad, podrían quedar atrapadas en estas ideas arbitrarias y distorsionadas, sobre las que les es imposible razonar adecuadamente, cosa que consiguen sin dificultad en otros temas.

**13.** En esta ideación, utilizada de forma rígida, aunque la situación requiera otro tipo de respuesta (*EB Per*), podemos encontrar una de las muchas causas que contribuyen a la dificultad de su tratamiento, a su resistencia al cambio.

**14.** Quizá ahora se puedan entender mejor las frecuentes relaciones que se establecen entre anorexia y patología obsesiva. Aunque la forma de procesar la información y de codificarla no se corresponden con el funcionamiento cognitivo obsesivo, la ideación deliberada pasiva, en cortocircuito, que mantiene ocupado al sujeto de forma improductiva e ineficaz, puede manifestarse en la clínica con una apariencia obsesiva.

15. El análisis discriminante realizado nos corrobora este trastorno ideativo mediante una función, en la que las pacientes anoréxicas destacan:  $MQ_{sin} \uparrow$ ,  $Mp \uparrow$ ,  $FD \downarrow$ ,  $M \uparrow$ ,  $MQ_o \uparrow$ ,  $Adj D \uparrow$ ,  $Sum H \uparrow$ ,  $(H) \uparrow$ . Esta constelación resulta bastante consistente si se tiene en cuenta el tamaño de la muestra (Exner, comunicación epistolar, Agosto, 1999).

16. En la actualidad, muchos autores señalan los problemas de pensamiento como capitales en la anorexia (Brusset, 1990; Garner, & Bemis, 1982; Morandé y cols., 1995; Turón, 1997).

La importancia de los datos obtenidos al respecto en esta investigación estriba en que:

- ⇒ Aportan una base empírica a estas teorías, poco contrastadas desde la perspectiva de la evaluación psicológica de la personalidad.
- ⇒ Matizan, dentro del funcionamiento cognitivo del sujeto, en qué procesos radica preferentemente el problema: las pacientes anoréxicas pueden captar, de forma muy adecuada, la información de su entorno y, aunque la sesgan en alguna medida al traducirla, donde realmente se manifiestan sus problemas es en la elaboración de esta información, cuando conceptualizan y construyen nuevos conceptos con los datos que han captado y, en parte traducido, de forma bastante correcta.
- ⇒ Otra consecuencia relevante hace referencia a las implicaciones prácticas de estos resultados en el tratamiento de la AN. Al diseñar un plan de intervención terapéutica global para estas pacientes, deberá incluirse una parte del mismo encaminada a modificar esta ideación, esta forma de pensar alterada, para lo cual la reestructuración cognitiva parece ser la terapia idónea. Por ello, resulta evidente la dificultad que supone el que un único profesional pueda abordar adecuadamente una patología tan compleja como ésta, que requiere la intervención coordinada de diversos profesionales, desde la integración de diversos modelos teóricos (García Alba, 1996).

### V.2.2. Controles y tensión situacional.

El agrupamiento del *control* permitirá ver qué posibilidades tiene el sujeto de utilizar sus recursos deliberados, de forma que los estímulos irritativos que actúan desde su interior no interfieran en la formulación, decisión y ejecución de sus conductas. Las variables del agrupamiento de *tensión situacional* aportarán el dato de si existen o no alteraciones en su capacidad habitual de control o en determinadas circunstancias especialmente difíciles, más puntuales, que ocurran en su entorno y le afecten significativamente.

16. Los *tres grupos* tienen en común los siguientes datos:

- ⇒ La tensión interna que soportan (*es*) no es excesiva, pero puede producirles ciertas interferencias cuando utilizan sus recursos deliberados ( $es > EA$ ).
- ⇒ Parte de esta tensión es situacional ( $m + Y > 2 = 34\%-50\%$ ), sobre todo en las anoréxicas (50%). En estas pacientes se puede explicar, al menos parcialmente, por la situación de ingreso hospitalario forzoso a la que estaban sometidas cuando se les aplicaron las pruebas, ingreso cuya finalidad primordial es la recuperación ponderal, algo que ellas ven como innecesario y rechazan abiertamente por atentar contra su ideal de delgadez. Es posible que esta tensión sea un equivalente de lo que aprecian y describen sus padres como angustia (*CBCL, subescala ansiedad*,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta 0.36$ ), aunque ellas no la registren como tal (*MMPI, escala 7*,  $p < 0.001$ , potencia 0.99,  $\eta 0.36$ ) y que se circunscribe, sobre todo, a temas relacionados con la alimentación.
- ⇒ Su escasez de habilidades sociales ( $CDI \geq 4 = 66-48\%$ ) puede hacer que estas adolescentes se sientan sobrecargadas con facilidad en las relaciones que establecen con los demás, empeorando con ello su posibilidad de controlarse y de dar respuestas adecuadas cuando las situaciones se complejizan. Esta ineficacia social, al darse por

igual en los tres grupos estudiados, no se trataría de un rasgo característico de la patología anoréxica, como señalan muchos autores (Bruch, 1962; Toro, 1995), sino que es una dificultad que presentan todas estas adolescentes, más vulnerables debido a este déficit.

⇒ En resumen, se puede concluir que las tensiones que soportan todas estas adolescentes son, cuantitativamente, bastante similares.

17. Las diferencias estriban en que, frente a los posibles factores desestabilizadores descritos, las anoréxicas cuentan con más recursos deliberados para afrontarlos ( $EA < 6$ ,  $p < 0.05$ ;  $EA$ ,  $p < 0.05$ , potencia 0.72,  $\eta$  0.22). En consecuencia, estas pacientes van a poder decidir mejor que las otras adolescentes evaluadas, cuáles son las conductas a adoptar y las van a poder llevar a la práctica sin impulsividad, sin descontrolarse (*Adj D*,  $p < 0.05$ , potencia 0.65,  $\eta$  0.22). Esto no significa que las conductas elegidas tengan que ser eficaces y/o adaptativas; sólo indica que estas conductas no son fruto de su impulsividad sino de una decisión voluntaria.

18. Uniendo estos resultados con lo que se concluyó acerca de su funcionamiento cognitivo, de su ideación, se puede entender que la decisión de estas pacientes de no comer, basada en ideas y reflexiones distorsionadas y aceptadas pasivamente, está tomada de forma deliberada y consciente y que, además, cuentan con recursos suficientes para llevarla a la práctica, sin que les cause un malestar psíquico excesivo y sin descontrolarse. Por ello, también resulta muy difícil su modificación, pues sus recursos disponibles, puestos al servicio de una conducta inadecuada, hacen que esa conducta resulte más estable.

### V.2.3.- Otras variables afectivas.

Se sabe que las emociones intervienen ampliamente en la actividad psicológica del

sujeto, y las posibilidades que cada persona tiene de manejarlas dependen del grado de organización, madurez y desarrollo que haya alcanzado su personalidad.

Los resultados de esta investigación, ampliamente analizados a lo largo de la primera parte del trabajo, han aportado ya un dato importante sobre el funcionamiento emocional de las pacientes anoréxicas: la depresión no es nuclear en esta la patología, poniéndose de manifiesto importantes diferencias entre los grupos estudiados.

En este apartado se trata de ampliar y completar el conocimiento que tenemos del mundo afectivo de estas pacientes.

**19.** Se detectan una serie de *características afectivas comunes* con las otras adolescentes:

- ⇒ Incomodidad ante las situaciones emocionales, por lo que evitan procesar afectos ( $Afr \downarrow$ ), reduciendo su responsividad ante este tipo de estímulos. Este hallazgo resulta preocupante en estas edades, en las que los intercambios afectivos con el entorno son muy importantes para un desarrollo adecuado de la personalidad.
- ⇒ Suelen evitar la complejidad emocional (*Complj.*), pues cuando se implican mucho aparecen afectos confusos y ambivalentes que les producen malestar (*Complj. Col-SH*↑).
- ⇒ Pueden adoptar actitudes intolerantes y oposicionistas, a veces incluso francamente hostiles ( $S \uparrow$ ). Esta hostilidad, que las adolescentes pueden mostrar en muy diversos aspectos de la vida, en las pacientes anoréxicas, además, puede manifestarse en el terreno alimentario.
- ⇒ Algunas de ellas internalizan afectos de forma excesiva ( $C' > Sum POND C = 16\% - 22\%$ ), pudiendo recurrir a la utilización del cuerpo como vía de expresión alternativa.
- ⇒ No emplean mecanismos maníacos o hipomaníacos para evadirse de las situaciones disfóricas (*CP*). Este hallazgo resulta curioso pues su comportamiento despreocupado

ante su estado somático, incluso en situación de ingreso hospitalario para su recuperación ponderal, podría hacer pensar que las anoréxicas utilizan estas defensas para evitar la confrontación con una realidad que evidencia el peligro físico, incluso vital, que corren y del que tienen sobrada información.

En función de los resultados anteriores (punto 18), que informan de la ausencia de ansiedad y de malestar psíquico en estas pacientes, se puede pensar que la extrema delgadez que persiguen no contiene elementos disfóricos para ellas, salvo las tensiones puntuales que surgen en la relación con su entorno, que las presiona para que coman y aumenten su peso. Probablemente por ello, no recurran a defensas maníacas para eludir la realidad que supone su depauperación física, sino que las estrategias defensivas utilizadas deben ser de otra índole, que aún no se pueden conocer en este momento del análisis de resultados *Rorschach*.

20. Cuentan con suficientes recursos afectivos (*Sum PondC*) y cuando los manifiestan lo hacen de forma bastante adecuada, modulados (ausencia *C*) y sin mostrar excesiva constricción ( $FC > CF + C$ , escaso).

21. Cuando aparece un trastorno afectivo asociado a la AN, no se constata la presencia de un estilo vivencial (*EB*) prevalente.

#### **V.2.4.- Autopercepción.**

La autopercepción es el conjunto de conceptos y actitudes que el sujeto ha ido elaborando sobre sí mismo, a lo largo de su vida. Cabe distinguir entre autoimagen y autoestima. La *autoimagen* es el producto de un vocabulario interno que constituye una representación compleja de las cualidades positivas o negativas que uno percibe o cree percibir sobre sí mismo. La *autoestima* tiene que ver con el valor que se atribuye a esa

representación cuando se la contrasta con fuentes de valoración externas.

**22.** Las anoréxicas, al *igual que el resto de adolescentes* estudiadas:

- ⇒ Se tienen poco en cuenta, presentando un grado de autocentramiento bajo ( $3r+(2)/R \downarrow$ ).
- ⇒ Su autovaloración es bastante negativa, no se gustan en absoluto ( $Sum V \uparrow$ ), si bien en su autoimagen no aparecen aspectos marcadamente dañados ( $MOR > 2$ ).
- ⇒ Tienen una visión bastante sesgada y/o distorsionada, tanto de sí mismas como de los demás [ $(H > Hd + (H) + (Hd) \downarrow$ ].

**23.** Esta distorsión en su propia imagen no se debe alteraciones perceptivas significativas (Apartado IV.2.1.2 y IV.2.1.4.2, Mediación cognitiva) (Fernández, Probst, Meermann, & Vandereycken, 1994), sino que se produce porque su autoimagen está basada en experiencias imaginarias, no se sustenta en datos reales provenientes de las situaciones cotidianas. Este resultado adquiere una importante significación [ $(H)$ ,  $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta^2 0.26$ ] y puede estar en la base de la dificultad que supone modificar psicoterapéuticamente aspectos tan fantaseados, tan carentes de realidad.

Conviene señalar aquí la importancia de los estereotipos referidos al aspecto físico en estas edades (Morandé y Casas, 1997) y su influencia en la construcción de la propia imagen (Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, en prensa), tales como la delgadez como modelo único culturalmente dominante, que abarca sectores de población cada vez más jóvenes (fenómeno de Spice Girls); mensajes recurrentes de triunfo y éxito social en los que el cuerpo juega un papel importante; etc. Sin embargo, el paso de estos patrones culturales al desarrollo de una patología individual supone una discontinuidad que hace entrar en consideración un conjunto de factores vinculados a la historia bio-psico-social de cada sujeto en particular.

**24.** A pesar de los evidentes problemas físicos de las anoréxicas, por los que están

hospitalizadas y sus temores en relación con la gordura, no están preocupadas por su cuerpo ( $An + Xy > 1$ , ausencia,  $p < 0.05$ ).

Enlazando este dato con el anterior (punto 24), se puede pensar que a estas pacientes no les preocupa su cuerpo real, sino la imagen fantaseada que se han formado de sí mismas [(H)], quizá muy influenciada por estereotipos sociales, en la que refugian de forma pasiva, sin someterla a la más mínima crítica, sin salir de esas fantasías ni de esos pensamientos, dándoles vueltas de forma rumiadora, sin dejar penetrar en su ideación (Ver Ideación, IV.2.1.3 y IV.2.1.4.3: *M, Mp, MQsin, pasivo, EB Per*) las informaciones aportadas por todos los profesionales con los que se relacionan, no queriendo morir pero, paradójicamente, importándoles muy poco lo que está ocurriendo con su cuerpo real. Por otra parte, estas pacientes tampoco suelen hacer introspección ni se someten a reflexiones que supongan cuestionarse aspectos propios. ( $FD$ ,  $p < 0.01$ , potencia 0.88,  $\eta$  0.32). Por tanto, se trata de una situación muy cerrada, tanto a las informaciones que puedan provenir del exterior como a las propias reflexiones.

Podría pensarse también, según sugieren algunos autores, que a las anoréxicas no les importa su cuerpo porque éste es tan sólo el lugar donde se libra una batalla, que tiene otros motivos y que se elige porque, además de estar muy sensibilizado debido al periodo evolutivo por el que atraviesan, es un lugar inexpugnable, en el que la victoria es segura y el dominio total, aunque el precio sea, incluso, la propia vida. No obstante, no hay datos *Rorschach* que apoyen esta segunda hipótesis, especialmente no aparece una carga de hostilidad significativa ( $S$ ,  $AG$ , etc.), que las diferencie de los otros grupos estudiados.

**25.** No se detectan rasgos narcisistas ( $Fr + rF > 1 = 12\%$ ) en estas pacientes. Según estos resultados, las explicaciones teóricas que relacionan la anorexia con autosuficiencia y creencias omnipotentes de autoabastecimiento (Brechon, 1995; Brusset, 1990; Kestemberg,

Kestenberg et Decobert, 1972; Orgazzi, 1993; Thomä, 1967), no se corroboran, ya que la muestra de no pacientes obtiene resultados muy similares en esta variable.

26. El Índice  $An + Xy > 3$ , propio de pacientes psicósomáticos, dista mucho de ser característico en esta muestra.

#### V.2.5.- Relaciones interpersonales.

Este agrupamiento está formado por una serie de variables que informan acerca de cómo el sujeto se vincula con su entorno, lo que va a depender de cómo lo perciba, qué interacciones está teniendo y de sus propias peculiaridades. Este área es de gran importancia ya que el hombre es un ser social, pero todavía adquiere mayor relevancia en la adolescencia, etapa grupal por excelencia.

Lo primero que hay que resaltar es que las diferencias que aparecen entre los grupos son muy escasas, es decir, que la forma que tienen de interactuar estas adolescentes es bastante similar en los tres grupos.

27. Las anoréxicas, *al igual que el resto de adolescentes estudiadas*, se caracterizan porque:

⇒ Muchas de ellas no han desarrollado recursos suficientes, en la esfera interpersonal, para atender y dar respuestas adecuadas a las demandas que plantea la vida cotidiana ( $CDI \geq 4 = 48\%-66\%$ ), lo que se va a hacer más patente en situaciones más complejas o de mayor tensión.

Conviene aclarar que esta escasez de recursos de las pacientes anoréxicas se circunscribe al área de las relaciones interpersonales, lo que no entra en contradicción con que sean estas mismas pacientes las que tienen más recursos, en general (punto 17), para tratar de resolver los problemas que se les planteen.

⇒ Se interesan por las personas que las rodean (*Sum H*), incluso a veces de forma

exagerada [ $H + (H) + Hd + (Hd) > 6 = 20\%-30\%$ ], pero predomina una visión del otro poco adecuada ( $H < 2$ ), en parte debido a que se suelen fijar en aspectos muy parciales ( $Hd$ ) de sus semejantes.

- ⇒ Tienen gran dificultad para percibir y establecer vínculos positivos en las interacciones que establecen ( $COP < 2 = 84\%-90\%$ ); a veces estas dificultades se hacen también extensivas a los vínculos hostiles ( $COP < 2$  y  $AG < 2 = 70\%-84\%$ ).
- ⇒ También necesitan mantener cierta distancia en el contacto para poderse sentir más seguras ( $T = 0$ , en el 50%).
- ⇒ Quizá por todo ello, una buena parte de estas adolescentes se aíslan socialmente (*Aislamiento*/  $R > 0.24 = 52\%-68\%$ ) y, aunque pueda parecer que se desenvuelven bien, lo logran sólo a un nivel muy superficial, sin comprometerse en la relación. Esta dificultad adquiere gran relevancia en la adolescencia, etapa del desarrollo en la que las relaciones que se establecen, especialmente con los iguales, constituyen una fuente de aprendizaje insustituible para una adecuada evolución de la personalidad.
- ⇒ Pueden ser percibidas por los demás como autoritarias y dogmáticas, siendo estas conductas fruto de su inseguridad, de la que se defienden recurriendo a un autoritarismo muy infantil ( $PER = 18\%-24\%$ ).
- ⇒ Los programas de entrenamiento en habilidades sociales, incluidos en la mayoría de tratamientos de pacientes anoréxicas, según estos datos, están indicados y son necesarios por todos estos déficits relacionales que se detectan, pero estas dificultades no son patonogónicas de la patología anoréxica, como señalan múltiples autores (Flament, & Godard, 1995). De confirmarse este resultado con muestras más representativas, sería necesario dotar a nuestros adolescentes de un mayor repertorio de habilidades para afrontar las demandas de un medio social de dificultad creciente, como

forma de prevenir disfunciones e, incluso, posibles alteraciones psicopatológicas. Parece que el lugar idóneo es su lugar de aprendizaje habitual, el ámbito escolar, junto con los diversos recursos sociales existentes: Asociaciones, Centros Cívicos, Ayuntamientos, etc.

**28.** Como algo característico de las anoréxicas aparece una percepción poco realística de los demás [(H),  $p < 0.05$ , potencia 0.78,  $\eta$  0.26], basada en experiencias fantaseadas, que no han ocurrido en la realidad.

**29.** Finalmente, en las relaciones que son capaces de establecer, adoptan un papel muy pasivo (*pasivo*  $p < 0.05$ , potencia 0.77,  $\eta$  0.24) lo que no significa que sean sumisas en absoluto, sino que supone una forma fácil de eludir responsabilidades. De hecho, el síntoma elegido, el no comer, es una conducta pasiva pero en la que perseveran activamente, a pesar de la oposición de los que las rodean que suelen caer en la trampa de insistir en la necesidad de que se alimenten, lo que únicamente sirve para reforzar su decisión de abstinencia.

**30.** No necesitan mantener un estado de alerta constante (*HVI*), en mayor medida que las otras adolescentes. Toda la situación persecutoria que se desencadena entre la anoréxica, que se siente controlada y vigilada, y la familia, que está pendiente de cuánto come, si vomita, si esconde comida, etc., al estar sólo circunscrita al ámbito alimentario, parece no tener mayor repercusión en el funcionamiento general de su personalidad.

#### **V.2.6.- Nuevas hipótesis.**

Los resultados obtenidos con *Rorschach* parecen indicar que la patología subyacente en el cuadro anoréxico coincide con los criterios diagnósticos del *DSM IV* para *Trastorno de la Personalidad (TP)*. Diversos autores coinciden con este criterio (Gartner, Marcus, Halmi, & Loranger, 1989; Kennedy, McVey, Katz, 1990; Loranger, Susman, Oldham, & Russakoff,

1988; Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy, & Brouille, 1988), aunque basados en estudios ampliamente criticados (Chinchilla, 1995).

Es de esperar que, a pesar de los problemas conceptuales y metodológicos existentes en torno al TP, el desarrollo de la investigación actual, con la integración de los hallazgos neurobiológicos, las evaluaciones de personalidad y la psicopatología, podrá aclarar la relación existente entre AN y TP, hecho que sobrepasa el fenómeno de la simple concurrencia.



## **VI.- BIBLIOGRAFÍA.**



## VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abou-Saleh, M. T., Oleesky, D., Crisp, A. H., & Lacey, J. H. (1986). Dexamethasone suppression and energy balance in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 242-251.

Acklin, M. W. (1993). Integrating the Rorschach and the MMPI in clinical assessment: Conceptual and methodological issues. *Journal of Personality Assessment*, 60, 125-131.

Acklin, M. W., & McDowell, C. J. (1995). Statistical power in Rorschach research. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 181-193). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Acklin, M. W., McDowell, C. J., & Orndoff, S. (1992). Statistical power and the Rorschach: 1975-1991. *Journal of Personality Assessment*, 59, 366-379.

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 80 (Whole No. 615).

Achenbach, T. M. (1979). The child behavior profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. *International Journal of Mental Health*, 7, 24-42.

Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology* (2nd ed.). New York: Wiley & Sons.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1986). *Manual for the teacher's report form*

*and teacher version of the child behavior profile.* Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Edelbroch. C. S. (1987). *Manual for the youth self-report and profile.* Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achimovich, L. (1985). Suicidal scripting in the families of anorectics. Special Issue: Eating disorders [CD-ROM]. *Transactional Analysis Journal*, 15, 21-29. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 72-20785

Agras, St. (1959). The relationship of school phobia to childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 116, 533-536.

Agras, W. S. (1987). *Stanford Eating Disorders Questionnaire. Eating disorders: Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa.* Oxford: Pergamon Press.

Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de psiquiatría infantil* (A. Rego, Trad.). Barcelona: Toray-Masson. (Trabajo original publicado en 1972)

Alexander, D. (1950). *Psychosomatic medicine.* New York: Norton.

Alonso Fernández, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico.* Barcelona: Labor.

Altshuler, K. Z., & Weiner, M. F. (1985). Anorexia nervosa and depression: A dissenting view. *American Journal of Psychiatry*, 142, 328-332.

Álvarez Cáceres, R. (1995). *Estadística multivariante y no paramétrica con SPDD: Aplicación a las ciencias de la salud.* Madrid: Díaz de Santos.

Allison, D. B. (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed., Rev.) (DSM III-R). Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 212-228.
- American Psychiatric Association. (1994a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.) (*DSM IV*). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994b). *Psychiatric Knowledge & Skills Self Assessment Program (PKSAP VI)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994c). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, A. E. (1984). Anorexia nervosa and bulimia in adolescent males. *Pediatric Annals*, *13*, 901-907.
- Anderson, A. E., & Mickalide, A. E. (1983). Anorexia nervosa in the male. *Psychosomatic*, *24*, 1066-1074.
- Archer, R. P. (1984). Use of the MMPI with adolescents: A review of salient issues. *Clinical Psychology Review*, *4*, 241-251.
- Archer, R. P. (1987). *Using the MMPI with adolescents*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Archer, R. P. (1992). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1993a). Combining the Rorschach and the MMPI in the assessment of adolescents. *Journal of Personality Assessment*, *60*, 132-140.
- Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1993b). A review of MMPI and Rorschach interrelationships in adult samples. *Journal of Personality Assessment*, *61*, 277-293.
- Archer, R. P., Maruish, M., Imhof, E. A., & Piotrowski, C. (1991). Psychological test usage with adolescent clients: 1990 survey findings. *Professional Psychology: Research and*

*Practice*, 22, 247-252.

Archer, R. P., White, J. L., & Orvin, G. H. (1979). MMPI characteristics and correlates among adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 498-504.

Armstrong, J. G., & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 141-155. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-29848

Atkinson, L. (1986). The comparative validities of the Rorschach and MMPI: A meta-analysis. *Canadian Psychology*, 27, 238-247.

Ávila, A. (1995). Las Técnicas Proyectivas en los últimos veinte años: Aspectos conceptuales y tendencias de la investigación. En V. Moita y A. Pires (Eds.), *Actas del XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos* (pp. 3-21). Lisboa: Proceedings Book.

Ayuso, J. L. (1997). Clasificación y clínica de las depresiones. *Revista Clínica Española*, 17, 9-15.

Ayuso, J. L. y Saiz, J. (1990). *Las depresiones*. Barcelona: Salvat.

Azevedo, M. H. P., & Ferreira, C. P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: A prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 432-436.

Bakan, R., Birmingham, C. L., Aeberhardt, L., & Goldner, E. M. (1993). Dietary zinc intake of vegetarian and nonvegetarian patients with anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 229-233. Abstract from: SilverPlatter File PsycLIT Item: 80-33972

Balswick, J. O., & Macrides, C. (1975). Parental stimulus for adolescent rebellion. *Adolescence*, 10, 253-266.

Bandura, A. (1964). The stormy decade: Fact or fiction?. *Psychology in the School, 1*, 224-231.

Barnes, D. M. (1986). Steroids may influence changes in mood [CD-ROM]. *Science, 232*, 1344-1345. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 74-09666

Bavry, J. L. (1992). [Computer software]. Moresville: Scientific Software Incorporate ("SSI").

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

Beck, S. J. (1960). *The Rorschach experiment: Ventures in blind analysis*. New York: Grune & Stratton.

Beck, S. J., Beck, A. G., Levitt, E. E., & Molish, H. B. (1961). *Rorschach's test: I Basic processes* (3rd ed.). New York: Grune & Stratton.

Bel Villar, M. T. (1997). Grupos psicoterapéuticos en los trastornos alimentarios. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 195-205). Barcelona: Masson.

Bemporad, J. R., & Wilson, A. (1978). A developmental approach to depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 6*, 325-352.

Bennett, W., & Gurin, J. (1982). *The dieter's dilemma*. New York: Basic Books.

Bergiannaki, J. D., Soldatos, C. R., Sakkas, P. N., Christodoulou, Ch., et al. (1987). Longitudinal studies of biologic markers for depression in male anorectics [CD-ROM]. *Psychoneuroendocrinology, 12*, 237-239. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 75-26962

Berk, M., Kessa, K., Szabo, C. P., & Butkow, N. (1997). The augmented platelet intracellular calcium response to serotonin in anorexia nervosa but not bulimia may be due to subsyndromal depression [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 57-63. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97285505

Bers, S. A., & Quinlan, D. M. (1992). Perceived-competence deficit in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 423-431. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-43583

Beumont, P. J. V., Russell, J. D., & Touyz, S. W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1635-1640.

Bhanji, S., & Mattingly, D. (1988). *Medical aspects of anorexia nervosa*. London: Batterworth & Co.

Biederman, J., Habelow, W., Rivinus, T., Harmatz, J., & Wise, J. (1986). MMPI profiles in anorexia nervosa patients with and without major depression. *Psychiatry Research*, 19, 147-154.

Biederman, J., Rivinus, T. M., Herzog, D. B., Ferber, R. A., Harper, G. P., Orsulak, P. J., Harmatz, J. S., & Schildkraut, J. J. (1984). Platelet MAO activity in anorexia nervosa patients with and without a major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1244-1247.

Biederman, J., et al. (1985). Depressive disorders in relatives of anorexia nervosa patients with and without a current episode of nonbipolar major depression [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1495-1497. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-12169

Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past

10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.

Blos, P. (1981). *La transición adolescente* (L. Wolfson, Trad.). Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1979)

Blos, P. (1993). *Los comienzos de la adolescencia* (R. Monti, Trad.). Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1970)

Bohle, A., Von Wietersheim, J., Wilke, E., & Feiereis, H. (1991). Die soziale integration von patientinnen mit anorexia nervosa und bulimie [CD-ROM]. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37, 282-291. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 29-85187

Bohm, E. (1973). *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach* (5ª reimp.)(A. Serrate, Trad.). Madrid: Morata. (Trabajo original: publicado en 1953)

Bonet Pla, A. (1991). *Estudio epidemiológico de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles en una muestra del niño de 8, 11 y 15 años del Municipio de Valencia*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Boning, J., & Kachel, F. (1990). Syndrome metamorphoses in anorexia nervosa: An example of integrative psychopathology. *Psychopathology*, 23, 146-152.

Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation [CD-ROM]. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 80-14091

Bowers, W. A. (1994). Neuropsychological impairment among anorexia nervosa and bulimia patients [CD-ROM]. *Eating Disorders The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 42-46. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 83-23428

Bowlby, J. (1962). L'angoisse de separation. *Psychiatrie de l'Enfant*, 5, 317-335.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión* (A. Baez, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1980)
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders [CD-ROM]. *Psychological Medicine*, 24, 859-67. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95199434
- Brechon, G. (1995). Boulimie-Anorexie: Approche comparative des modalités narcissiques. En V. Moita y A. Pires (Eds.), *Actas del XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos* (pp. 107-116). Lisboa: Proceedings Book.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-195.
- Bruch, H. (1966). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, 555-566.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brusset, B. (1990). La expresión somática: La anorexia mental en los adolescentes. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds.), *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Psicopatología II: La expresión manifiesta de los trastornos y su comprensión* (Vol. 4) (E. Castellano y J. M. Marco, Trads.) (pp. 185-207). Madrid: Biblioteca Nueva. (Fecha del trabajo original: no consta)
- Butow, P., Beumont, P., & Touyz, S. W. (1993). Cognitive processes in dieting disorders [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 319-329. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 81-18026
- Cachelin, F. M., & Maher, B. A. (1998). Restricters who purge: Implications of

purging behavior for psychopathology and classification of anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 51-63.

Calvo, R. (1995). Tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa: Modelo cognitivo-conductual. En Insalud (Ed.), *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario* (pp. 67-83). Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.

Canals, J. y Domènech, E. (1990). Depresión infantil: Hacia un enfoque preventivo. *Investigación Médica Permanente: Psiquiatría*, 4, 189-194.

Cantó, T. J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. En S. Cervera, V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal y F. Torres (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría* (Vol.2) (pp. 1431- 1437). Madrid: Litofinter.

Cantwell, D. P. y Carlson, G. A. (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia* (E. Andreu, J. Castro, S. Montaña y M. Ordeig, Trads.). Barcelona: Martínez Roca. (Trabajo original publicado 1983)

Cantwell, D. P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, B., & Green, J. K. (1977). Anorexia nervosa: An affective disorder?. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1087-1093.

Carrasco, J. L. (1983). *El método estadístico en la investigación médica*. Madrid: Ciencia 3.

Casas, J., García Alba, C., Hidalgo, I., Palanca, I. y Viñas, R. (1999). *Lineas de actuación en la atención a los trastornos del comportamiento alimentario en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid-Insalud.

Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa [CD-ROM]. *Psychosomatic Medicine*, 52, 156-70. Abstract

from: SilverPlatter File: Medline Item: 90232067

Casper, R. C., & Davis, J. M. (1977). On the course of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 134, 974-978.

Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., & Davis, J. M. (1980). The incidence and clinical significance of bulimia in patients with anorexia nervosa. *Archives General Psychiatry*, 37, 1030-1035.

Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the spanish version. *Evaluación psicológica/Psychological Assessment*, 7, 175-190.

Cavagnini, F., Invitti, C., Passamonti, M., & Polli, E. E. (1986). Response of ACTH and cortisol to corticotropin-releasing hormone in anorexia nervosa [CD-ROM]. *New England Journal of Medicine*, 314, 184-185. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 74-04480

Cavanough, S. V. (1986). Depression in hospitalized patient with various medical illnesses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 97-104.

Centro Integral de Salud de Retiro (1997). Bases históricas de la psiquiatría de niños y adolescentes. En S. Cervera, V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal y F. Torres (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría* (Vol.2) (pp. 1347-1389). Madrid: Litofinter.

Cervera, S. y Gual, P. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatría en atención primaria* (pp. 389-405). Madrid: Grupo Aula Médica.

Cervera, S., Gual, P., Lasa, L., Prat, O., Zandio, M., Hernández, C., Azpilicueta, M. J., Elizondo, M. P., Lacasa, C., Riestra, M., de la Fuente, M. C., Lahortiga, F. y De Quesada, L. (1995). *Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria:*

*Universidad de Navarra*. San Fernando de Henares, Madrid: LitoFinter.

Cervera, S. y Quintanilla, M. (1995). *Anorexia nerviosa: Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Pamplona: Eunsa.

Cervera, S., Zapata, R., Gual, P., Quintanilla, B. y Arce, G. (1990). *No te rindas ante los trastornos del peso*. Madrid: Rialp.

Cid, M. A. y Santiago, E. (1999). Aproximación al análisis funcional de la AN (I). *Psiquis*, 20, 62-69.

Clerici, M., Amatulli, A., Legori, A., Papa, R., et al. (1989). L'anorexie mentale a l'hopital general. Aspects psychopathologiques. Problemes d'orientation et de conseil [CD-ROM]. *Information Psychiatrique*, 65, 991-999. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 28-71910

Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 145-153.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.

Coisman, F. G. (1990). Adolescent depression and eating disorders. Special Issue: Adolescent depression [CD-ROM]. *Journal of Psychology and Christianity*, 9, 72-80. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 78-15292

Coleman, J. C. (1978). Current contradictions in adolescent theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 1-11.

Colligan, R. C., & Offord, K. P. (1989). The aging MMPI: Contemporary norms for contemporary teenagers. *Mayo Clinic Proceedings*, 64, 3-27.

Comunidad de Madrid-Insalud (1999, 24 Marzo). Lineas de actuación en anorexia y bulimia nerviosa en la Comunidad de Madrid, *Dossier de Prensa*.

Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field experimentation*. Chicago: Rand Mc Nally.

Cooper, P., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *13*, 385-389.

Cooper, P., & Taylor, M. J. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 485-494.

Cooper, P., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 485-494.

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The eating disorders examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 1-8.

Crisp, A. H. (1967). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 117-131.

Crisp, A. H., & Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders*, *2*, 5-10.

Crisp, A. H., Palmer, R., & Kalucy, R. (1976). How common is anorexia nervosa?. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, *128*, 549-554.

Cronbach, L. J. (1949). Statistical methods applied to Rorschach scores: A review. *Psychological Bulletin*, *46*, 393-429.

Channon, S., & DeSilva, W. P. (1985). Psychological correlates of weight gain in patients with anorexia nervosa. Conference on Anorexia Nervosa and Related Disorders (1984, Swansea, Wales) [CD-ROM]. *Journal of Psychiatric Research*, *19*, 267-271.

Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-25477

Chervin, A. y Vitale, N. M. (1983). Clínica de las afecciones de la unidad hipotálamo-hipofisaria: Afectación del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal femenino. En A. Güitelman, L. Fiszlejder, A. I. Romo y Aszpis (Eds.), *Unidad hipotálamo hipofisaria* (pp. 159-173). Buenos Aires: Edimed.

Chiles, J. A., Miller, M. L., & Cox, G. B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179-1184.

Chinchilla, A. (1983). *La anorexia nerviosa*. Barcelona: Servicios de Bibliografía Médica de Ferrer Internacional S.A.

Chinchilla, A. (1994). *Anorexia nerviosa*. Madrid: Ergon.

Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.

Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1972). *An MMPI handbook: Clinical interpretation* (Vol. 1). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Dalery, J., et al. (1985). Profils journaliers de la melatonine, du cortisol et des gonadotrophines chez 8 adolescentes porteuses d'une anorexie mentale [CD-ROM]. *Encephale*, 11, 25-28. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-06735

Damlowj, N. F., & Ferwson, J. M. (1985). Three cases of posttraumatic anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142, 362-363.

Dana, R. (1965). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The sixth mental measurements yearbook* (pp. 492-495). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Dana, R., & Bolton, B. (1982). Interrelationships between Rorschach and MMPI scores for female college students. *Psychological Bulletin*, 51, 1281-1282.

Dancyger, I. F., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1997). Depression modulates non eating disordered psychopathology in eating disordered patients [CD-ROM]. *Eating*

*Disorders: the Journal of Treatment and Prevention*, 5, 59-68. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 03743-006

Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 221-226.

De Dios, J. L., Elegido, T. y De las Heras, F. J. (1991). Síndrome depresivo en la adolescencia. *Ciencia Pediátrica*, 11, 19-23.

Deep, A. L., Nagy, L. M., Weltzin, T. E., Rao, R., & Kaye, W. H. (1995). Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 291-297. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95291293

De Felipe, J. y Sendín, M. C. (1998). Rorschach y MMPI en la evaluación de componentes depresivos en sujetos neurológicamente afectados. En M. Esbert (Ed.), *V Congreso de la Asociación Europea de Rorschach en Madrid* (pp. 20-21). Madrid: Psimática.

Del Barrio, V. (1994, Marzo). Seminario sobre *La depresión infantil: Perspectivas actuales*. Curso organizado por la Sociedad Española de Psicología, Madrid.

Delvenne, V., Goldman, S., De Maertelaer, V., Wikler, D., Damhaut, P., & Lotstra, F. (1997). Brain glucose metabolism in anorexia nervosa and affective disorders: Influence of weight loss or depressive symptomatology [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 74, 83-92. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97348508

Delvenne, V., Kerkhofs, M., Appelboom Fondu, J., Lucas, F. et al. (1992). Sleep polygraphic variables in anorexia nervosa and depression: A comparative study in adolescents [CD-ROM]. *Journal of Affective Disorders*, 25, 167-172. Abstract from:

SilverPlatter File: PsycLIT Item: 80-05700

Dennehy, C. M. (1966). Childhood bereavement and psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1049-1060.

Díaz-Atienza, J., Marcos, E., Zapata, R., Villegas, A., Sánchez, M. J. y Blánquez, M. P. (1998). Acontecimientos vitales en anorexia nerviosa frente a controles sanos y adolescentes con depresión. *Anales de Psiquiatría*, 14, 107-115.

Dies, R. R. (1995). Subject variables in Rorschach research. En J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 99-121). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

DiNicola, V. F., Roberts, N., & Oke, L. (1989). Eating and mood disorders in young children. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 873-893.

Dippel, B., Lauer, C., Riemann, D., Majer, T. K., Krieg, J. C., & Berger, M. (1987). Sleep and dreams in eating disorders [CD-ROM]. *Psychotherapy Psychosomatics* 48, 165-169. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 89113553

Domènech, E. (1997). Epidemiología de la depresión y características especiales en la adolescencia. En M. J. Mardomingo (Ed.), *Estados depresivos en la adolescencia* (pp. 31-41). Madrid: Smithkline Beechman.

Domènech, E. y Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.

Douvan, E., & Adelson, J. (1966). *The adolescent experience*. New York: Wiley & Sons.

Dugas, M., Brunod, R., & Uemoto, M. (1984). Le test de freinage par la dexamethasone en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [CD-ROM]. *Encephale*; 10, 259-266. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-03832

Edelbrock, C. S., & Achenbach, T. M. (1980). A typology of Child Behavior Profile Patterns: Distribution and correlates for disturbed children aged 6-16. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 441-470.

Ehrenworth, N. V., & Archer, R. P. (1985). A comparison of clinical accuracy ratings of interpretative approaches for adolescent MMPI responses. *Journal of Personality Assessment*, 49, 413-421.

Eme, R., Maisiak, R., & Goodale, W. (1979). Seriousness of adolescent problems. *Adolescence*, 14, 93-99.

Emslie, G. J., Roffwarg, H. P., Rush, A. J., Weinberg, W. A., & Parkin-Feigenbaum, L. (1987). Sleep EEG findings in depressed children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 668-670.

Endicott, J., Andreasen, N. y Spitzer, R. (1989). Criterios Diagnósticos de Investigación-Historia Familiar: FH-RDC. En R. L. Spitzer, J. Endicott y E. Robins (Eds.), *Criterios Diagnósticos de Investigación: RDC Revisado* (J. Bueno, M. Humbert, F. Sabanés y L. Salvador, Trads.) (pp. 137-169). Madrid: Editores Médicos. (Trabajo original publicado en 1978)

Erikson, E. H. (1956). The concept of ego identity. *The Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.

Eron, L. (1965). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The sixth mental measurements yearbook* (pp. 495-501). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Essman, A. (1990). *Adolescence and culture*. New York: Columbia University Press.

Exner, J. E. (1969). *The Rorschach Systems*. New York: Grune & Stratton.

Exner, J. E. (1974). *The Rorschach: A Comprehensive System* (Vol. 1). New York: Wiley & Sons.

Exner, J. E. (1978). *The Rorschach: A Comprehensive System. Current research and advanced interpretation* (Vol. 2). New York: Wiley & Sons.

Exner, J. E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System. Basic foundations* (Vol. 1, 2nd ed.). New York: Wiley & Sons.

Exner, J. E. (1990, Marzo). Seminario sobre *Actualización en el test de Rorschach*. Curso organizado por la Delegación Española de Rorschach Workshops, Madrid.

Exner, J. E. (1991). *The Rorschach: A Comprehensive System. Interpretation* (Vol. 2, 2nd ed.). New York: Wiley & Sons.

Exner, J. E. (1992). R in Rorschach research: A ghost revisited. *Journal of Personality Assessment*, 58, 245-251.

Exner, J. E. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo. Fundamentos básicos* (Vol. 1, 3ª ed.) (M. Esbert, Trad.). Madrid: Psimática. (Trabajo original publicado en 1993)

Exner, J. E. (1995). Introduction. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 1-24). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Exner, J. E. (1996). *Manual de codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo* (M. Esbert, Trad.). Madrid: Psimática. (Trabajo original publicado en 1995)

Exner, J. E. (1997). The future of Rorschach in personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 68, 37-46.

Exner, J. E. (1997, July). Current Research. *Alumni Newsletter*, 4-11.

Exner, J. E. (1997, Octubre). Seminario sobre *Actualización en el test de Rorschach*. Curso organizado por la Delegación Española de Rorschach Workshops, Madrid.

Exner, J. E., Cohen, J. B., & McGuire, H. (1990). Rorschach Interpretation Assistance Program (RIAP) (Version 2) [Computer software]. Asheville, NC: Rorschach Workshops.

Exner, J. E., Kinder, B. N., & Curtis, G. (1995). Reviewing basic design features. In J.

E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 145-158). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Exner, J. E., & Leura, A. V. (1975). Rorschach responses of recently foster placed children. Estudio nº 196 (inédito) de *Rorschach Workshops*.

Exner, J. E. y Sendín, C. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.

Exner, J. E., & Sendín, C. (1997). Some issues in Rorschach research. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 155-163.

Exner, J. E., & Weiner, I. B. (1982). *The Rorschach: A Comprehensive System. Assessment of children and adolescents* (Vol. 3). New York: Wiley & Sons.

Exner, J. E., & Weiner, I. B. (1995). *The Rorschach: A Comprehensive System: Assessment of children and adolescents* (Vol. 3, 2nd ed.). New York: Wiley & Sons.

Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1990). *Cuestionario de personalidad EPI (Eysenck Personality Inventory): Manual*. Madrid: TEA. (Trabajo original publicado en 1964)

Ezpeleta, L., Domènech, E. y Polaino, A. (1988). Escalas de evaluación de la depresión infantil. En A. Polaino (Ed.), *Las depresiones infantiles* (pp. 275-400). Madrid: Morata.

Fairburn, C. G. (1981). A cognitive-behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.

Falk, J. R., & Halmi, K.A. (1982). Amenorrhea in anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 17, 799-806.

Fava, M., Copeland, P. M., Schweiger, U., & Herzog, D. B. (1989). Neurochemical abnormalities of anorexia nervosa and bulimia nervosa [CD-ROM]. *American Journal of*

*Psychiatry*; 146, 963-971. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 77-01852

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winocur, G., & Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.

Fernández Aranda, F. (1997). Trastorno de la imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa: Evaluación y tratamiento. En V. J. Turón (Ed), *Trastornos de la alimentación* (pp. 24-31). Barcelona: Masson.

Fernández, F., Probst, M., Meermann, R., & Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 307-310.

Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

Fernández-Ballesteros, R. (1987). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.

Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R., Rees, J., Schebendach, J., Sigman, G., Ammerman, S., & Hoberman, H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. *Journal of Adolescent Health*, 16, 420-437.

Fisk, D. W., & Baughman, E. E. (1953). Relationships between Rorschach scoring categories and the total number of responses. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 25-32.

Fitcher, M. M., Daser, C., & Postpishil, F. (1985). Anorectic syndromes in the male. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 305-313.

Fitcher, M. M., Doerr, P., Pirke, K. M., & Lund, R. (1982). Behavior, attitude, nutrition and endocrinology in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 429-444.

Fitcher, M. M., Pirke, K. M., & Holsboer, F. (1986). Weight loss causes neuroendocrine disturbances: Experimental study in healthy starving subjects. *Psychiatry Research, 17*, 61-72.

Flament, M., & Godart, N. (1995). Social phobia: A risk factor for eating disorders. *European Psychopharmacology, 5*, 360.

Fleming, J., & Offord, D. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders. A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 571-580.

Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D. E., Matthews, M., et al. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 21-29. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-43590

Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology, 8*, 389-413.

Franko, D. L., & Rolfe, S. (1996). Countertransference in the treatment of patients with eating disorders [CD-ROM]. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes, 59*, 108-116. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-13617

Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic study of the child, 13*, 255-278.

Freud, A. (1971). *El yo y los mecanismos de defensa* (I. P. De Carcamo y C. E. Carcamo, Trads.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1946)

Freud, A. (1980). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente* (1ª reimpr.) (S. B. Abreu, J. Pardal y C. E. Saltzmann, Trads.). Barcelona: Paidós (Fecha trabajo original: no consta)

Freud, S. (1972). Un caso de curación hipnótica. En J. Numhauser (Ed.), *Obras*

*completas* (Vol. 1) (L. López-Ballesteros, Trad.) (pp. 22-29). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1892)

Freud, S. (1972). Estudios sobre la histeria. En J. Numhauser (Ed.), *Obras completas* (Vol. 1) (L. López-Ballesteros, Trad.) (pp. 39-168). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1895)

Freud, S. y Breuer, J. (1972). Tres ensayos sobre una teoría sexual. En J. Numhauser (Ed.), *Obras completas* (Vol. 4) (L. López-Ballesteros, Trad.) (pp. 1169-1237). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1905)

Friedman, A. F., Webb, J. T., Smeltzer, D. J., & Lewak, R. (1989). *Workbook for psychological assessment with the MMPI*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Furnham, A., & Alibhai, M. (1983). Cross-cultural differences in the perception of female body shape. *Psychological Medicine*, 13, 829-837.

Ganellen, R. J. (1996). *Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in personality assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

García Alba, C. (1996). Psicoterapia individual. En AETCA (Asociación para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario) y ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia) (Eds.), *Clínica y Tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes: Jornadas Hospital del Niño Jesús* (pp. 127-138). Madrid: Aetca y Adaner.

García Alba, C. (1997, Octubre). *Anorexia y bulimia*. Comunicación presentada en las Jornadas Regionales de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, Soria.

García Alba, C. y Moreno, A. I. (1995). Problemas específicos en el tratamiento de una adolescente en un Centro de Salud Mental. *Psiquiatría Pública*, 7, 339-343.

García Alba, C. y Sendín, C. (1987). El Rorschach en evaluación de tratamiento:

Estudio de un caso borderline tratado con desensibilización sistemática. *Rorschachiana XVI*, 252.

García Alba, C., & Sendín, C. (1993a, July). *Phobic behaviors towards AIDS*. Paper presented at the meeting of the XIV International Congress of Rorschach, Lisbon.

García Alba, C., & Sendín, C. (1993b, July). *Adolescents with obsessive behaviors*. Paper presented at the meeting of the XIV International Congress of Rorschach, Lisbon.

García Rodríguez, F. (1993). *Las adoradoras de la delgadez*. Madrid: Díaz de Santos.

García Villamizar, D. y Polaino, A. (1988). Una revisión del concepto de depresión infantil desde la perspectiva clínica. En A. Polaino (Ed.), *Las depresiones infantiles* (pp. 54-70). Madrid: Morata.

García-Camba, E., Ulibarri, J. I., Nieves, P. y González, M. D. (1998). Evaluación y tratamiento de la anorexia nerviosa en el marco de un programa de psiquiatría de enlace. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 12-22.

Garfinkel, P. E. (1981). Some recent observations on the pathogenesis of anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 218-222.

Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel.

Garfinkel, P. E., et al. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls [CD-ROM]. *Psychological Medicine*, 13, 821-828. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-26334

Garfinkel, P. E., & Kaplan, A. S. (1985). Starvation based perpetuating mechanisms in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 651-665.

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, *341*, 1631-1635.
- Garner, D. M., & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *6*, 1-27.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1978). Sociocultural factors in anorexia nervosa. *Lancet*, *2*, 674-678.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *9*, 273-279.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *10*, 647-656.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1985). *Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *2*, 15-34.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1984). *Eating Disorder Inventory: Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., & Loranger, A. W. (1989). DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American journal of Psychiatry*, *146*, 1585-1591.
- Geist, R., Davis, R., Heinmaa, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of psychiatry*, *43*, 507-512.
- Gerner, R. H., & Gwirstman, H. E. (1981). Abnormalities of dexamethasone suppression test and urinary MHPG in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *138*, 650.

Gerner, R. H. & Wilkins, J. N. (1983). CSF cortisol in patients with depression, mania, or anorexia nervosa and in normal subjects [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*; 140, 92-94. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 69-10527

Gershon, E. S., Schreiber, J. L., Guroff, J. J., Hamovit, J. R., Dibble, E. D., Kaye, W., Nurnberger, J. I., Andersen, A. E., & Ebert, M. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1419-1422.

Gesell, A. y Amatruda, C. (1962). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño* (B. Serebrinsky, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1946)

Gilberstadt, H., & Duker, J. (1965). *A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation*. Philadelphia: Saunders.

Glaser, K. (1968). Masked depression in children and adolescents. *Annual Progress in Child Psychiatry Child Development*, 1, 345-355.

Gleaves, D. H., & Eberenz, K. (1993). The psychopathology of anorexia nervosa: A factor analytic investigation [CD-ROM]. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 141-152. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 81-10089

Goddington, R. D., & Bruch, H. (1970). Gastric percivity in normal, obese and schizophrenic subjects. *Psychosomatics*, 11, 571-579.

Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa: La prevención en familia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

González, A. y Jiménez, S. (1997). Bases teóricas de la modificación de conducta en los trastornos de la alimentación. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 41-48). Barcelona: Masson.

Goodwin, R., & Andersen, A. E. (1984). The MMPI in three groups of patients with

significant weight loss. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 188-203.

Gordon, R. A. (1988). A sociocultural interpretation of the current epidemic of eating disorders. In B. J. Blinder, B. F. Chaiting, & R. Goldstein (Eds.), *The eating disorders* (pp. 151-163). New York: PMA Publishing Corp.

Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman, R., Tyano, S., & Pfeffer, C. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1648-54. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96116616

Gottesman, I. I., Hanson, D. R., Kroeker, T. A., & Briggs, R. F. (1987). New MMPI normative data and power-transformed T-score tables for the Hathaway-Monachesi Minnesota cohort of 14,019 15-year-old and 3,674 18-year-old. In R. P. Archer (Ed.), *Using the MMPI with adolescents* (pp. 241-292). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Gough, H. G. (1950). The F minus K dissimulation index for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 408-413.

Graham, J. R. (1987). *MMPI: Una guía práctica* (J. A. Velázquez, Trad.). México: El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1977)

Grebb, J. A., Yingling, Ch. D., & Reus, V. I. (1984). Electrophysiological abnormalities in patients with eating disorders [CD-ROM]. *Comprehensive-Psychiatry*; 25, 216-224. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-26337

Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. New York: Grune & Stratton.

Gross, H. A., Lake, C. R., Ebert, M. H., Ziegler, M. G., & Kopin, J. J. (1979). Catecholamine metabolism in primary anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 48, 805-809.

Group for the Advancement of Psychiatry (1968). *Normal adolescence: Its dynamics and impact*. New York: Charles Scribner's Sons.

Groves, R. M. (1987). Research on survey data quality. *Public Opinion Quarterly*, 51, 156-172.

Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: Wiley & Sons.

Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa: Apepsia hysterica: anorexia hysterica. *Transaction of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.

Halmi, K. A. (1962). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 24, 187-194.

Halmi, K. A. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36, 18-26.

Halmi, K. A. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, bulimia nerviosa y obesidad. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2ª ed.) (M. Alegret, N. Bará, P. Bassa, T. J. Cantó, E. Carmona, F. X. Caseras, E. De la Flor, N. De la Osa, S. García Vila, I. Grande, T. Gutierrez Rosado, M. Jodar, A. Milla, C. Pinet, G. Prat, J. Puntí, C. Ros, M. C. Santos y M. Schröder, Trads.) (pp. 905-924). Barcelona: Ancora. (Trabajo original publicado en 1995)

Halmi, K. A., Eckert, E., LaDu, T. J., & Cohen, J. (1986). Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline [CD-ROM]. *Archives of General Psychiatry*, 43, 177-181. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 86129773

Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relationship to physiology*.

*anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: Appleton.

Hallsten, E. A. (1965). Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization. *Behavior and Research Therapy*, 3, 87-91.

Harwell, M. R. (1988). Choosing between parametric and non-parametric tests. *Journal of Counseling and Development*, 67, 35-38.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota): III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, 14, 73-84.

Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1988). *Cuestionario de Personalidad MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory): Manual* (6ª ed.) (N. Seisdedos y A. Cordero, adaptadores). Madrid: TEA. (Trabajo original revisado en 1967)

Hathaway, S. R., & Monachesi, E. D. (1963). *Adolescent personality and behavior*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1984). Eating disorders: A variant of mood disorders? [CD-ROM]. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 349-365. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 72-09940

Havighurts, R. J., & Taba, H. (1949). *Adolescent character and personality*. New York: Wiley & Sons.

Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic.

Heebink, D. M., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1995). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: effects of age and menstrual status on psychological variables [CD-ROM]. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 378-82. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95204323

Hendren, R. L. (1983). Depression in anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 22, 59-62.

Herholz, K. (1996). Neuroimaging in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 62, 105-110. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-044449

Herpertz, B. M., & Remschmidt, H. (1989). Anorexia nervosa und depression: Zur Gewichtsabhängigkeit der depressiven Symptomatik [CD-ROM]. *Nervenarzt*; 60, 490-495. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 28-71455

Herpertz, B. M., & Remschmidt, H. (1993a). Depression and psychosocial adjustment in adolescent anorexia nervosa: A controlled 3-year follow-up study-[CD-ROM]. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 146-154. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 81-41728

Herpertz, B. M., & Remschmidt, H. (1993b). Depression in anorexia nervosa at follow-up [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 163-169. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 94004925

Herpertz, B. M., Wewetzer, Ch., & Remschmidt, H. (1995). The predictive value of depression in anorexia nervosa. Results of a seven-year follow-up study [CD-ROM]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 114-119. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95297370

Herpertz, B. M., Wewetzer, Ch., Schulz, E., & Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-345. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-12410

Herzog, D. B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed?. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1594-1597.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. & Lavori, P. W. (1992).

Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.

Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders [CD-ROM]. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-859. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 34-74782

Hidalgo, M. I., Diaz, R. J., Cabranes, J. A., Hidalgo, M. A. et al. (1992). A study of depressive symptoms in patients with anorexia nervosa [CD-ROM]. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 8, 5-12. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-43597

Hidelbrand, M., & Ruiter, C. (1998). Response styles on the Rorschach and the MMPI-2 in a dutch forensic psychiatric population. En M. Esbert (Ed.), *V Congreso de la Asociación Europea de Rorschach en Madrid* (pág. 33). Madrid: Psimática.

Holden, N. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder?. *British Journal of Psychiatry*, 157, 1-5.

Holland, A. J., Hall, A., Murray, R., Russell, G. F., & Crisp, A. M. (1984). Anorexia nervosa: A study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry*, 145, 414-419.

Holland, A. J., Sicotte, N., & Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: Evidence for genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 561-571.

Holzman, W. H., Thorpe, J. S., Swartz, J. D., & Herron, E. W. (1961). *Inkblot perception and personality*. Austin, TX: University of Texas Press.

Hopkins, K. D., & Weeks, D. L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 717-729.

Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence [CD-ROM]. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 921-927. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96300874

Hsu, L. K. G. (1980). Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954 to 1978). *Archives of General Psychiatry, 37*, 1041-1043.

Hsu, L. K. G. (1988). The outcome of anorexia nervosa: A reappraisal. *Psychological Medicine, 18*, 807-812.

Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.

Hsu, L. K. G., & Crisp, A. H. (1979). Outcome of anorexia nervosa. *Lancet, 1*, 61-65.

Hsu, L. K. G., Crisp, A. H., & Callender, J. S. (1992). Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorectics 22 years after onset of illness: a pilot study [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry, 33*, 123-127. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 92183458

Hsu, L. K. G., Holder, D., Hindmarsh, D., & Phelps, C. (1984). Bipolar illness preceded by anorexia nervosa in identical twins [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychiatry, 45*, 262-266. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 72-09662

Hudgens, R. W. (1985). Anorexia not the same as depression [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1230. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-06525

Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun-Tood, D. (1983a). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry, 142*, 133-138.

Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun-Tood, D. (1983b). Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Research, 9*, 345-354.

Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun-Tood, D. (1985). Treatment of anorexia nervosa with antidepressants [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 17-23. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 85131894

Hull, J. W., Yeomans, F., Clarkin, J., Li, Ch., et al. (1996). Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder [CD-ROM]. *Psychiatric Services*, 47, 638-641. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-09526

Huon, G., & Brown, L. B. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 61-66.

Irwin, E. G. (1993). A focused overview of anorexia nervosa and bulimia: Part I. Etiological issues [CD-ROM]. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 7, 342-346. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 94234759

Irwin, M. (1984). Early onset anorexia nervosa [CD-ROM]. *Southern Medical Journal*, 77, 611-614. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 84196571

Isager, T., Brinck, M., Kreiner, S., & Tolstrup, K. (1985). Death and relapse in anorexia nervosa: survival analysis in 151 cases. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 515-521.

Jampala, V. Ch. (1985). Anorexia nervosa: A variant form of affective disorder? [CD-ROM]. *Psychiatric Annals*, 15, 698-704. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 74-16046

Jeammet, P. (1989). La depresión en el adolescente. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds.), *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Psicopatología I: Alteraciones al funcionamiento mental del niño y del adolescente* (Vol. 3) (A. Lasa y J. M. Marco, Trads.) (pp. 391-416). Madrid: Biblioteca Nueva. (Fecha del trabajo original: no

consta)

Jensen, A. (1965). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The sixth mental measurements yearbook* (pp. 501-509). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W. H., Hegg, A. P., & Brewerton, T. D. (1990). Eating disorders and depression: is there serotonin connection? [CD-ROM]. *Biological Psychiatry*, 28, 443-454. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 91002775

Johnson, C. (1985). Diagnosis survey for eating disorders. An Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 19-51). New York: Guilford Press.

Jones, B. P., Duncan, C. C., Brouwers, P., & Mirsky, A. F. (1991). Cognition in eating disorders [CD-ROM]. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13, 711-728. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-09585

Jones, D. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, NY., 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551-558.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1996). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica* (7ª ed.) (L. Caballero, C. Caballero, L. Díaz, M. J. Herrero, M. Iceta y B. Sureda, Trads.). Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana. (Trabajo original publicado en 1994)

Kaplan, S. L., Grossman, P., Landa, B., Shenker, R., & Weinhold, C. (1986). Depressive symptoms and life events in physically ill hospitalized adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 107-111.

Kasser, J. A., Gwirtsman, H. E., Kaye, W. H., Brandt, H. A., & Jimerson, D. C. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of*

*Psychiatry*, 145, 1.287-1.288.

Katz, J. L. (1986). Long-distance running, anorexia nervosa, and bulimia: A report of two cases [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 74-78. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 74-04522

Katz, J. L. (1987). Eating disorders and affective disorder: Relatives or merely chance acquaintances?. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 220-228.

Katz, J. L., et al. (1984). Is there a relationship between eating disorder and affective disorder? New evidence from sleep recordings [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*, 141, 753-759. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71- 25941

Kaye, W. H., Ebert, M. H., & Raleigh, M. (1984). Abnormalities in CFS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 41, 350-351.

Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., Ebert, M. H., Jimerson, D. C., Tomai, T. P., Chrousos, G. P., & Gold P. W. (1987). Elevated cerebrospinal fluid levels of immunoreactive corticotropin-releasing hormone in anorexia nervosa: relation to state of nutrition, adrenal function, and intensity of depression [CD-ROM]. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 64, 203-208. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 87083769

Kaye, W. H., Weltzin, T., & Hsu, L. K. G. (1993). Anorexia nervosa. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders* (pp. 47-70). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., & Esveldt-Dawson, K. (1983). Assessment of childhood depression: Correspondence of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychology*, 22, 157-164.

Kendall, P. C., & Norton-Ford, J. D. (1982). *Clinical psychology*. New York: Wiley &

Sons.

Kennedy, S. H. (1994). Melatonin disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 257-265. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95135462

Kennedy, S. H., Brown, G. M., Ford, C. G., & Ralevski, E. (1993). The acute effects of starvation on 6-sulphatoxy-melatonin output in subgroups of patients with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Psychoneuroendocrinology*, 18, 131-139. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 93262093

Kennedy, S. H., Brown, G. M., McVey, G., & Garfinkel, P. E. (1991). Pineal and adrenal function before and after refeeding in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Biological Psychiatry*, 30, 216-224. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-02009

Kennedy, S. H., Garfinkel, P. E., Parienti, V., Costa, D., et al. (1989). Changes in melatonin levels but not cortisol levels are associated with depression in patients with eating disorders [CD-ROM]. *Archives of General Psychiatry*; 46, 73-78. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-19544

Kennedy, S. H., Kaplan, A. S., Garfinkel, P. E., Rockert, W., Toner, B., & Abbey, S. E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes [CD-ROM]. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 773-82. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95182418

Kennedy, S. H., McVey, G., & Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 259-269.

Keppel, G. (1991). *Design and analysis: A researcher's handbook* (2nd. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kestemberg, E., Kestemberg, J., et Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris:

Presses Universitaires de France.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Litt, I., Simmonds, B., & Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 357-367.

Kimmel, D.C., & Weiner, I. B. (1985). *Adolescence: A developmental transition*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.

Kish, L. (1987). *Statistical design for research*. New York: Wiley & Sons.

Klein, M. (1975). El desarrollo temprano de la conciencia en el niño. En *Obras completas* (Vol. 2) (H. Friedenthal, Trad.) (pp. 239-248). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1933)

Klein, M. (1975). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas* (Vol. 3) (H. Friedenthal, Trad.) (pp. 255-278). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1946)

Klein, M. (1975). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. En *Obras completas* (Vol. 3) (H. Friedenthal, Trad.) (pp. 177-208). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1952)

Klein, M. (1976). Envidia y gratitud. En *Obras completas* (Vol. 6) (V. S. de Campo, Dubcovsky, V. Fischman, A. Koremblit, D. Liberman, R. Malfé, N. Rosenblatt y N. Watson, Trads.) (pp. 11-99). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1957)

Klinefelter, D., Pancoast, D. L., Archer, R. P., & Pruitt, D. L. (1990). Recent adolescent MMPI norms: T-scores elevation comparisons to Marks and Briggs. *Journal of*

*Personality Assessment*, 54, 379-389.

Klopfer, B., Ainsworth, M. D., Klopfer, W. G., & Holt, R. R. (1954). *Development in the Rorschach technique and theory* (Vol. 1). Yonkers-on-Hudson, NY: World Book Co.

Knutson, J. (1972). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The seventh mental measurements yearbook* (pp. 435-440). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Kog, E., & Vandereycken, V. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 11-23.

Kope, T. M., & Sack, W. H. (1987). Anorexia nervosa in South-east Asian refugees. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 795-797.

Kotsopoulos, S. (1989). Phenomenology of anxiety and depressive disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 803-814.

Kramer, S. Z. (1988). Family structure of interpersonal relationships in the eating disorders. In B. J. Blinder, B. F. Chaiting, & R. Goldstein (Eds.), *The eating disorders* (pp. 165-176). New York: PMA Publishing Corp.

Kreisler, L. (1990). La expresión somática: La patología psicósomática. En S. Lebovici, R. Diatkine, y M. Soulé (Eds.), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Psicopatología II: La expresión manifiesta de los trastornos y su comprensión* (E. Castellano y J. M. Marco) (Vol. 4) (pp. 135-159). Madrid: Biblioteca Nueva. (Fecha del trabajo original: no consta)

Kretschmer, E. (1925). *Physique and character*. London: Kegan Paul.

Kuhs, H., & Mester, H. (1985). Der dexamethason-suppressions-test bei anorexia nervosa [CD-ROM]. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234, 335-340. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-09574

Kutcher, S. P., & Marton, P. (1989). Parameters of adolescent depression: A review.

*Psychiatric Clinics of North America*, 12, 895-918.

Kutcher, S. P., Williamson, P., Silverberg, J., Marton, P., Malkin, D., & Malkin, A. (1988). Nocturnal growth hormone secretion in depressed older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 751-754.

Lacey, J. H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. *British Medical Journal*, 285, 1816-1817.

Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., & Wittchen, H. U. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia: A descriptive diagnostic study [CD-ROM]. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-02044

Laessle, R. G., Schweiger, U., & Pirke, K. M. (1988). Depression as a correlate of starvation in patients with eating disorders [CD-ROM]. *Biological-Psychiatry*, 23, 719-725. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-05701

Lajoie, G. (1998, Agosto). The uncertain validity of the D Score: A demonstration. En M. Esbert (Ed.), *V Congreso de la Asociación Europea de Rorschach en Madrid* (pág. 37). Madrid: Psimática.

Larchar, D. (1974). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Lasa, L. y Canedo, C. (1997). Disfunciones fisiológicas relacionadas con factores mentales y del comportamiento: Trastornos de la conducta alimentaria. En S. Cervera, V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal y F. Torres (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría* (Vol.1) (pp. 1121-1154). Madrid: Litofinter.

Lasègue, C. (1873). De l'anorexie hysterique. *Archives Generales de Medicine*, 21, 385-403.

Lask, B., & Bryant, W. R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders [CD-ROM]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 281-300. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-20340

Laudon, I. (1980). Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 281, 20-27.

Lauer, C. I., Krieg, J. Ch., Riemann, D., Zully, J., et al. (1990). A polysomnographic study in young psychiatric inpatients: Major depression, anorexia nervosa, bulimia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Affective Disorders*, 18, 235-245. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 77-25343

Lauer, C. I., Zully, J., Krieg, J. Ch., Riemann, D., et al. (1988). EEG sleep and the cholinergic REM induction test in anorexic and bulimic patients [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 26, 171-181. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-22980

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (M. Zaplana, Trad.). Barcelona: Martinez Roca. (Trabajo original publicado en 1984)

Lee, A. M., & Lee, S. (1996). Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 177-183. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97016444

Levitt, E. E. (1989). *The clinical application of MMPI special scales*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Levy, A. B. (1989). Neuroendocrine profile in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 25, 98-109.

Levy, A. B., Dixon K. N., & Schmidt, H. (1987). REM and delta sleep in anorexia nervosa and bulimia [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 20, 189-197. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 87232431

Levy, A. B., Dixon K. N., & Schmidt, H. (1988). Sleep architecture in anorexia nervosa and bulimia. Annual meeting of the American Psychiatric Association (1986, Washington, DC [CD-ROM]. *Biological Psychiatry*, 23, 99-101. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-02053

Lewin, K. (1973). *Dinámica de la personalidad* (1ª ed. , 1ª reimp.) (Álvarez Villar, Trad.). Madrid: Morata. (Fecha del trabajo original: no consta)

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rhode, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age and onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 808-818.

Licinio, J. (1989). Hyperinsulinemia: A mediator of decreased food intake and weight loss in anorexia nervosa and major depression [CD-ROM]. *Medical Hypotheses*, 28, 125-130. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 89181267

Licinio, J., Wong, M. L., & Gold, P. W. (1996). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 16, 75-83. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96323977

Lindner, R. M. (1950). The content analysis of the Rorschach protocol. In L. E. Abt, & L. Bellak (Eds.), *Projective Psychology* (pp. 75-90). New York: Knopf.

Logue, C. M., Crowe, R. R., & Bean, J. A. (1989). A family study of anorexia nervosa and bulimia [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 179-188. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 89152252

Looney, J. G., & Gunderson, E. K. E. (1978). Transient situation disorders: A longitudinal study in young men. *American Journal of Psychiatry*, 135, 660-663.

López Ibor, J. J. (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos.

López-Ibor Aliño, J. J. (1972). *Los equivalentes depresivos*. Madrid: Paz Montalvo.

Loranger, A. W., Susman, V. L., Oldham, J. M., & Russakoff, L. M. (1988). *Personality disorder examination: a structured interview for DSM III Axis II disorders (PDE)*. White Plains, NY: The New York Hospital Cornell Medical Center, Westchester Division.

Lubin, B., Larsen, R. M. & Matarazzo, J. D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *American Psychologist*, 39, 451-454.

Lubin, B., Larsen, R. M., Matarazzo, J. D., & Seever, M. (1985). Psychological test usage patterns in five professional setting. *American Psychologist*, 40, 857-861.

Luby, E. D., Marrazzi, M. A., & Kinzie, J. (1987). Treatment of chronic anorexia with opiate blockade. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7, 52-53.

Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurdland, L. T. (1991). 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.

Lyon, M., Chatoor, I., Atkins, D., Silber, T., Mosimann, J., & Gray, J. (1997). Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents [CD-ROM]. *Adolescence*, 32, 101-111. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97259375

Madrugá, D., Morandé, G., Martínez, J. y Caspir, F. (1991). El pediatra y la anorexia nerviosa. *Anales Españoles de Pediatría*, 34, 62-67.

Mahler, M. S. (1972). *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación* (R. Taylor, Trad.). México: Ed. Joaquín Mortiz. (Trabajo original publicado en 1968)

Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behaviour modification*. Cambridge: Ballinger.

Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). *Manual de psicopatología del adolescente* (T. Vilaltella, Trad.). Barcelona: Masson. (Fecha del trabajo original: no consta)

Mardomingo, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos.

Marks, P. A., & Briggs, P. (1972). Adolescent norm tables for the MMPI. In W. G. Dahlstrom, G. S. Welsh, & L. E. Dahlstrom (Eds.), *An MMPI handbook: Clinical interpretation* (Vol. 1) (pp. 388-399). Minneapolis: University of Minnesota Press. (Trabajo original publicado en 1967)

Marks, P. A., & Seeman, W. (1963). *The actuarial description of abnormal personality: An atlas for use with the MMPI*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Marks, P. A., Seeman, W., & Haller, D. (1974). *The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults*. Baltimore, MD: William & Wilkins.

Martínez Arias, R. (1995). El método de encuestas por muestreo: Conceptos básicos. En Anguera, T., Arnau, J., Ato, M., Martínez Arias, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 385-431). Madrid: Síntesis.

Martínez Arias, R. (1996). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

Martínez Arias, R. (1996a, Octubre). Métodos de investigación en intervención psicopedagógica: Evaluación de programas e intervenciones educativas. En *Curso de 2º de Licenciatura de Psicopedagogía*. Curso organizado por el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad Complutense de Madrid.

Martínez Arias, R. (1996b, Octubre). Psicometría. En *Curso de 2º de Licenciatura de Psicopedagogía*. Curso organizado por el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad Complutense de Madrid.

Martínez Arias, R. (en prensa). El análisis de la varianza y el diseño de experimentos. En Sánchez Carrión, J. J. (Ed.), *Técnicas de análisis multivariable*. Madrid: Síntesis.

Marty, P., M'uzan M., et David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Masterson, J. F. (1968). The psychiatric significance of adolescent turmoil. *American Journal of Psychiatry*, 124, 107-112.

McArthur, C. (1972). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The seventh mental measurements yearbook* (pp. 440-443). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women [CD-ROM]. *Behav-Res-Ther.*, 28, 205-215. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 90314943

McCauley, E., Myers, K., Mitchell, J., & Alii. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 714-722.

McDowell, C.I., & Acklin, M. W. (1996). Standardizing procedures for calculating Rorschach interrater reliability: Conceptual and empirical foundations. *Journal of Personality Assessment*, 66, 308-320.

McGuire, H., Kinder, G. C., Curtis, G., & Viglione, D. J. (1995). Some special issues in data analysis. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 227-250). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*. New York: Morrow.

Meehl, P.E. (1951). *Research results for counselors*. St. Paul, MN: Department of Education.

Meehl, P. E. (1956). Profile analysis of the MMPI in differential diagnosis. In G. S. Welsh, & W. G. Dahlstrom (Eds.), *Basic reading on the MMPI in psychology and medicine* (pp. 292-297). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Meehl, P. E., & Hathaway, S. R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 30*, 525-564.

Meyer, G. J. (1993). The impact of response frequency on the Rorschach constellation indices and on their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment, 60*, 153-180.

Meyer, G. J. (1996). The Rorschach and MMPI: Toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment. *Journal of Personality Assessment, 67*, 558-578.

Meyer, G. J. (1997). On the integration of personality assessment methods: The Rorschach and MMPI. *Journal of Personality Assessment, 68*, 297-330.

Miale, F. R. (1977). Symbolic imagery in Rorschach material. In M. A. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach psychology* (2nd ed.) (pp. 421-454). Huntington, NY: Krieger.

Miller, L. C. (1967). Louisville Behavior Check List for males, 6-12 years of age. *Psychological Reports, 21*, 885-896.

Millon, T. (1982). *Millon Clinical Multiaxial Inventory: Manual*. Minneapolis: National Computers Systems.

Millon, T., Green, C. J., & Meagher, R. B. (1977). *Millon Adolescent Personality Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.

Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E., & Pyle, R. (1985). Eating Disorders Questionnaire. *Psychopharmacological Bulletin, 21*, 1025-1043.

Monge, R. H. (1973). Developmental trends in factors of adolescent self-concept. *Developmental Psychology, 8*, 382-393.

Moore, C. D., & Handal, P. J. (1980). Adolescents' MMPI performance, cynicism, estrangement, and personal adjustment as a function of race and sex. *Journal of Clinical Psychology, 36*, 932-936.

Morandé, G. (1995, Junio). Introducción. En *Jornadas de trabajo sobre anorexia nerviosa*. Curso organizado por el Hospital del Niño Jesús, Madrid.

Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral, 2*, 243-260.

Morandé, G., Casas, J., Calvo, R., Marcos, A., Hidalgo I., Lareo, J., García Alba, C. y Eisman, G. (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Morandé, G., Celada, J., & Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health, 24*, 212-219.

Morandé, G. y Rodríguez Canto (1991). Anorexia y bulimia nerviosa: Trastornos del apetito y de la alimentación en adolescentes. *Medicine, 5*, 3281-3287.

Moreau, D. L. (1990). Major depression in childhood and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America, 13*, 355-368.

Morgan, G. J., & Mayberry, J. F. (1983). Common gastrointestinal disease and anorexia nervosa in british dietitians. *Public Health, 97*, 166-170.

Morgan, H. J., & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of longterm outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine, 5*, 355-371.

Munford, P. R., Tarlow, G., & Gerner, R. (1984). An experimental analysis of the interaction of chemotherapy and behavior therapy in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Nervous Mental Disease, 172*, 228-231. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item:

84163873

Murstein, B. I. (1963). *Theory and research in projective techniques (emphasizing the TAT)*. New York: Wiley & Sons.

Murstein, B. I. (1965). *Handbook of projective techniques*. New York: Basic Books.

Myers, P. N., & Biocca, F. A. (1992). The elastic body image: The effect of television advertising and programming on body image distortions in young women [CD-ROM]. *Journal of Communication*, 42, 108-133. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 80-07752

Mynors, W. L., Treasure, J., & Chee, D. (1992). Life events and anorexia nervosa: Differences between early and late onset cases [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 369-375. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-35599

Naber, D., & Pickard, D. (1983). The measurement of endorphins in body fluids [CD-ROM]. *Psychiatric Clinics of North America*; 6, 443-456. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-28877

Nagel, K. L., & Jones, K. H. (1992). Predisposition factors in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Adolescence*, 27, 381-386. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 92320991

Nakao, M., Kumano, H., Nomura, S., Kuboki, T., Yokoyama, K., & Murata, K. (1998). Fatigue mood as an indicator discriminating between anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 202-205.

Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among arab female student of both London and Cairo universities. *Psychological Medicine*, 16, 621- 625.

Newell, K. M., & Hancock, P. A. (1984). Forgotten moments: A note on skewness

and kurtosis as influential factors in inferences extrapolated from response distributions. *Journal of Motor Behavior*, 16, 320-335.

Newmark, C. S., Gentry, L., & Whitt, J. K. (1983). Utility of MMPI indices of schizophrenia with adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 170-172.

Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 507-514.

Norman, D. K., & Herzog, D. B. (1983). Bulimia, anorexia and anorexia nervosa with bulimia. A comparative analysis of MMPI profiles. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 43-45.

Nussbaum, K. M., Shenker, I. R., Baird, D., & Saravay, S. (1998). Follow-up investigation in patients with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Pediatric*, 106, 835-840. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 85210346

Ochoa, E. (1996). *De la anorexia a la bulimia*. Madrid: Aguilar.

Offer, D. (1969). *The psychological world of the teenager: A study of normal adolescent boys*. New York: Basic Books.

Offer, D., & Offer, J. B. (1975). *From teenager to young manhood*. New York: Basic Books.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (10ª ed.) (CIE-10)* (J. J. López-Ibor, M. D. Crespo, J. L. Carrasco, F. Ferré, L. Jordá, M. Martín y M. Vega, Trads.). Madrid: Meditor.

Orgazzi, I. (1993). Rorschach and fonctionnement familial dans un cas d'anorexie mentale. *Bulletin de la Societe du rorschach et des Methodes Projectives de Langue*

*Francaise*, 37, 103-123.

Padierna, A., Silva, M., Horcajo, M., Vicente, M., Ponte, J. y López, E. (1999). Evolución de la demanda asistencial por trastornos alimentarios en un programa específico. *Anales de Psiquiatría*, 15, 325-328.

Pal (Eds.). (1985). *Diccionario de psicología* (Vols. 1-2). Barcelona: Orbis.

Pancoast, D. L., & Archer, R. P. (1988). MMPI adolescent norms: Patterns and trends across 4 decades. *Journal of Personality Assessment*, 52, 691-706.

Parker, K. C. (1983). A meta-analysis of the reliability and validity of the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 47, 227-231.

Parker, K. C., Hanson, R. K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103, 367-373.

Patton, G. C., Carlin, J. B., Shao, Q., Hibbert, M. E., Rosier, M., Selzer, R., & Bowes, G. (1997). Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? [CD-ROM]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 38, 299-306.  
Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97376366

Pedreira, J. L. (1995). *Protocolos de salud mental infantil para Atención Primaria*. Madrid: Editorial Libro del Año.

Pedreira, J. L., & Sánchez, B. (1992). Primary care and screening instruments for mental disorders in children and adolescents. *European Journal of Psychiatry*, 6, 109-120.

Pérez Galdós, S. (1998, Junio). Aspectos psicodinámicos. En *Curso sobre trastornos de la alimentación*. Organizado por el Servicio de Formación e Investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid, Alcorcón, Madrid.

Pérez Puente, C. y Aguado, J. A. (1997). *Trastornos del humor*. En S. Cervera, V.

Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal y F. Torres (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría* (Vol.2) (pp. 1575-1622). Madrid: Litofinter.

Perry, G. G., & Kinder, B. N. (1990). The susceptibility of the Rorschach to malingering: A critical review. *Journal of Personality Assessment*, 54, 47-57.

Peterson, D. R. (1961). Behavior problems of middle childhood. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 205-209.

Petrinovich, L. F., & Hardyck, C. D. (1969). Error rates for multiple comparison methods: Some evidence concerning the frequency of erroneous conclusions. *Psychological Bulletin*, 71, 43-54.

Piaget, J. (1972). *El nacimiento de la inteligencia en el niño* (L. Fernández Cancela, Trad.). Madrid: Aguilar. (Trabajo original publicado en 1959, 3ª ed.)

Piaget, J. (1973). *La representación del mundo en el niño* (V. Valls, Trad.). Madrid: Morata. (Trabajo original publicado en 1933)

Piotrowski, Z. A. (1957). *Perceptanalysis*. New York: Macmillan.

Piotrowski, Z. A. (1977). The movement response. In M. A. Rickers-Ovsiankina (Ed.). *Rorschach psychology* (2nd ed.) (pp. 189-227). Huntington, NY: Krieger.

Piran, N., Kennedy, S. H., Garfinkel, P. E., & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.

Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.

Pirke, K. M. (1996). Central and peripheral noradrenalin regulation in eating disorders [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 62, 43-49. Abstrac from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-04465

Ploog, D. W., & Pirke, K. M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 17*, 843-859.

Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

Polaino, A. y García Villamisar, D. A. (1988). Diagnóstico y evaluación de las depresiones infantiles. En A. Polaino-Lorente (Ed ), *Las depresiones infantiles* (pp. 71-96). Madrid: Morata.

Polaino, A y García Villamisar, D. A. (1993). *La depresión infantil en Madrid: Un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC.

Polaino Lorente, A. y Lizasoain, O. (1990). Programas para la preparación a la hospitalización infantil. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Ed), *Modificación de conducta y salud* (pp. 126-150). Endema.

Pollice, Ch., Kaye, W. H., Greeno, C. G., & Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 367-376. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-31518

Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorders?. A critical review. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 1-9.

Prata, G. (1998, Junio). Aspectos sistémicos. En *Curso sobre trastornos de la alimentación*. Organizado por el Servicio de Formación e Investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid, Alcorcón, Madrid.

Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken, W., & Goris, M. (1992). Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: A reliability study. *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 89-97.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). Body

Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.

Puig-Antich, J. (1984). Clinical and treatment aspects of depression in childhood and adolescence. *Pediatrics Annals*, 13, 37.

Quay, H. C., & Peterson, D. R. (1983). *Interim Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, FL: Applied Social Sciences, University of Miami.

Rabin, A. (1972). The Rorschach. In O. Buros (Ed.). *The seventh mental measurements yearbook* (pp.443-445). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1945). *Diagnostic psychological testing*. Chicago: Yearbook Publishers.

Rastam, M., Gilberg, C., & Gartron, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 642-646.

Remplein, H. (1968). *Tratado de psicología evolutiva* (2ª ed.) (E. Loedel, Trad.). Barcelona: Labor. (Fecha del trabajo original: no consta)

Ritzler, B. A., & Exner, J. E. (1995). Special issues in subject selection and design. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 123-143). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Rivinus, T. M., Biederman, J., Herzog, D. B., Kemper, K., Harper, G. P., Harmatz, J. S., & Houseworth, S. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1414-1418. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 85044407

Roberts, N., Vargo, B., & Ferguson, H. B. (1989). Measurement of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 837-860.

Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. W., et al. (1994). Family therapy

versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 111-116. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 81-34358

Robinson, R. G. et al. (1983). Quantitative assessment of psychologic state of patients with anorexia nervosa or bulimia: Response to caloric stimulus [CD-ROM]. *Psychosomatic Medicine*, 45, 283-292. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-09967

Roca, M. y Baca, E. (1998). Comorbilidad psiquiátrica. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 63-96). Barcelona: Masson.

Rochlin, G. (1959). The loss complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 299-316.

Rodriguez, M. C. (1998). Sintomatología clínica en jóvenes que realizan dieta alimentaria. *Clínica y Salud*, 9, 597-606.

Roig-Fusté, J. M. (1989). *El MMPI en la exploración objetiva de la personalidad*. Barcelona: Espaxs, S.A.

Rorschach, H. (1969). *Psicodiagnóstico* (5ª ed.) (L. Rosenthal, Trad.). Buenos Aires: Paidós. ( Trabajo original publicado en 1921)

Rossi, J. S. (1990). Statistical power of psychological research: What have we gained in 20 years?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 646-656.

Rothenberg, A. (1986). Eating disorders as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49, 45-53.

Rothenberg, A. (1988). Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: a review of 11 studies [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 427-432. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 88311848

Rozados, R. V. y Bosker, L. (1983). Psiconeuroendocrinología. En A. Güitelman, L.

Fiszlejder, A. I. Romo y Aszpis (Eds.), *Unidad hipotálamo hipofisaria* (pp. 211-231). Buenos Aires: Edimed.

Rubinstein, S. L. (1967). *Principios de psicología general* (S. Trowsky, Trad.). Méjico: Grijalbo (Fecha del trabajo original: no consta)

Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In J. H. Price (Ed.), *Modern trends in psychological medicine* (pp. 131-164). London: Butterworths.

Russell, G. F. M. (1977). The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 363-367.

Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

Russell, G. F. M., Szmukler, G.I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.

Salas, J. (1944). *El psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata.

Salminen, J. K., Saarijarvi, S., & Aarela, E. (1995). Two decades of alexithymia [CD-ROM]. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 803-807. Abstract from: SiverPlatter File: PsycLIT Item: 34-73637

Sánchez Carrión, J. J. (1988). *Introducción al análisis de datos con SPSS/PC+ versión 2.0 y 3.0*. Madrid: Alianza Editorial.

Sánchez Carrión, J. J. (1992). *Análisis de tablas de contingencia* (2ª ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Sánchez Carrión, J. J. (1995). *Manual de análisis de datos*. Madrid: Alianza Editorial.

Sardinero, E., Pedreira, J. L. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach:

Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8, 447-480.

Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1994). Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders [CD-ROM]. *Child-Abuse and Neglect*, 18, 607-615. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95041755

Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. New York: Grune & Stratton.

Schonfeld, W. A. (1973). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En G. Caplan y S. Lebovici (Eds.), *Psicología social en la adolescencia* (D. R. Wagner, Trad.) (pp. 27-43). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1969)

Schütze, G. (1983). *Anorexia mental* (Diorki, Trad.). Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1980)

Schwartz, D. M., & Thompson, M. G. (1981). Do anoretics get well?. Current research and future needs. *American Journal of Psychiatry*, 138, 319-323.

Schwartz, D. M., Thompson, M. G., & Johnson, C. L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 20-35.

Sebastian, S. B., Williamson, D. A., & Blouin, D. C. (1996). Memory bias for fatness stimuli in the eating disorders [CD-ROM]. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 275-286. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 00448-005

Sechrest, L. (1963). Incremental validity: A recommendation. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 153-158.

Sedlmeier, P., & Gigerenzer, G. (1989). Do studies of statistical power have an effect on the power of studies. *Psychological Bulletin*, 105, 309-316.

Seidman, J. M. (1960). *The adolescent: A book of reading*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Seisdedos, N. y Roig-Fusté, J. M. (1986). *MMPI: Suplemento técnico e Interpretación clínica*. Madrid: Tea.

Selvini Palazzoli, M. (1963). *L' Anorexia mentale*. Milán: Feltrinelli.

Selvini Palazzoli, M. (1985). Anorexia nervosa: a syndrome of the affluent society. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 22, 199-205.

Sendín, C. (1981). Popular responses to the Rorschach test in Spanish subjects. *Rorschachiana XV*, 64.

Sendín, C. (1987). La estructura factorial del test de Rorschach: Un camino hacia la validez de constructo. *Rorschachiana, XVI*, 152-157.

Sendín, C. (1990). Datos normativos al test de Rorschach: Nueva revisión. *Rivista dell' Accademia Lombarda de Rorschach*, 2, 29-34.

Sendín, C., & García Alba, C. (1993, July). *Profile of 50 adolescents with positive CDI*. Paper presented at the meeting of the XIV International Congress of Rorschach, Lisbon.

Sendín, C., & García Alba, C. (1994). Family changing process: Integration of two modalities of Rorschach test administration. *Rorschachiana, XIX*, 46-60.

Sendín, C. y García Alba, C. (1995). *Diagnóstico escolar: Integración de Rorschach y WISC para la medida del desarrollo cognitivo*. Comunicación presentada en el 2º Congreso Internacional de Educación, Madrid.

Sendín, C. y García Alba, C. (1996a, Julio). *Adolescentes diabéticos: Planificación del tratamiento a partir del Rorschach*. Comunicación presentada en el XV Congreso Internacional de Rorschach, Boston, MA.

Sendín, C., & García Alba, C. (1996b, July). *Evaluation of treatment by means of longitudinal case study*. Paper presented at the meeting of XV International Congress of

Rorschach, Boston, MA.

Sendín, C. y García Alba, C. (1999, Julio). *Síndrome de Munchausen inducido: Reflexiones sobre un caso*. Poster presentado en el XVI Conferencia Internacional de la Sociedad de Rorschach, Amsterdam.

Sendín, C., García Alba, C., Pérez, E. y Alvarez, M. J. (1996, Agosto). *Protocolos de derivación para atención primaria: Anorexia y Depresión infantil*. Poster presentado en el X Congreso Mundial de Psiquiatría, Segovia.

Serrallonga, J. y Pifarré, J. (1997). Trastornos mentales y alimentación perturbada. En V. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp. 32-40). Barcelona: Masson.

Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. (1997). *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. (en prensa). *Posibles líneas de intervención para la prevención de las patologías de anorexia y bulimia de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S., & Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 277-286.

Shapiro, T. y Hertzig, M. E. (1996). Desarrollo normal en la infancia y la adolescencia. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2ª ed.) (M. Alegret, N. Bará, P. Bassa, T. J. Cantó, E. Carmona, F. X. Caseras, E. De la Flor, N. De la Osa, S. García Vila, I. Grande, T. Gutierrez Rosado, M. Jodar, A. Milla, C.

Pinet, G. Prat, J. Puntí, C. Ros, M. C. Santos y M. Schröder, Trads.) (pp. 113-151). Barcelona: Ancora. (Trabajo original publicado en 1995)

Sharp, V. (1980). Adolescence. In J. R. Bemporad (Ed), *Child development in normality and psychopathology* (pp. 174-220). New York: Brunner/Mazel.

Shontz, F. C., & Green, P. (1992). Trends in research on the Rorschach: Review and recommendations. *Applied and Preventive Psychology, 1*, 146-149.

Sieg, K. G., Hidler, M. S., Graham, M. A., Steele, R. L., et al. (1997). Hyperintense subcortical brain alterations in anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 391-394. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-31528

Siegel, S., & Castellan, N. J. Jr. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Silverstone, P. H. (1990). Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression [CD-ROM]. *Psychological Reports, 67*, 276-278. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 91046534

Silvestrone, P. H., & Russell, G. F. M. (1967). Gastric hunger in contractions in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 13*, 257-263.

Sines, L. K. (1959). The relative contribution of four kinds of data to accuracy in personality assessment. *Journal of Consulting Psychology, 23*, 483-492.

Slade, P. D. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research, 19*, 255-265.

Slade, P. D., & Russell, G. F. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine, 3*, 188-199.

Smart, D. E., Beaumont, P. J. V., & George, G. C. W. (1976). Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 128*, 57-60.

Smith, Ch., & Steiner, H. (1992). Psychopathology in anorexia nervosa and depression [CD-ROM]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 841-843. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 80-09737

Sorokina, T. T., & Evsegneev, R. A. (1983). Anorexia nervosa as a manifestation of endogenic depression in pubertal age [CD-ROM]. *Zhurnal Nevropatologii y Psikhiatrii imeni S. S. Korsakova*, 83, 1195-1198. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-20691

Sorokina, T. T., & Evsegneev, R. A. (1985). Anorexia nervosa as a symptom of endogenous depression in puberty [CD-ROM]. *Soviet Neurology and Psychiatry*, 17, 48-55. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-06603

Soukup, V. M., Beiler, M. E., & Terrell, F. (1990). Stress, coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 592-599. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 91060749

Spitz, R. A. (1945). Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic study of the Child*, 53.

Spitz, R. A. (1972). *El primer año de la vida del niño* (P. Barceló y L. Frenández, Trads.). Madrid: Aguilar. (Trabajo original publicado en 1958)

SPSS/PC+ [Computer software] (MS-DOS). The statistical package for IBM PC (V4.0). Chicago, IL: SPSS Inc.

Stavrakaki, C., & Gaudet, M. (1989). Epidemiology of affective and anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 791-802.

Steiner, H. (1990). Defense styles in eating disorders [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 141-151. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 77-20248

Sternberg, R.J. (1996). *Investigar en Psicología: Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales* (B. Gómez Zúñiga, Trad.). Barcelona, Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1988)

Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Stone, L. J., & Church, J. (1957a). Adolescence as a cultural invention. In A. H. Essman (Ed.), *The psychology of adolescence: Essential Readings* (pp. 7-11). New York: International Universities Press.

Stone, L. J., & Church, J. (1957b). Pubescence, puberty, and physical development. In A. H. Essman (Ed.), *The psychology of adolescence: Essential Readings* (pp. 75-85). New York: International Universities Press.

Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp.354-373). New York: Guilford Press.

Strober, M., & Katz, J. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology?. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 171-180.

Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.

Strube, M. J. (1988). Some comments on the use of magnitude-of-effect estimates. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 342-345.

Strube, M. J., Gardner, W., & Hartmann, D. P. (1986). Limitations, liabilities, and obstacles in reviews of the literature: The current status of meta-analysis. *Clinical*

*Psychology Review*, 5, 63-78.

Swift, W. J., Andrews, D., & Barklage, N. E. (1986). The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 143, 290-299.

Sykes, D. K., Leuser, B., Melia, M., & Gross, M. (1988). A demographic analysis of 252 patients with anorexia nervosa and bulimia. Special Issue: Nutrition, stress, and aging [CD-ROM]. *International Journal of Psychosomatics*, 35, 5-9. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 77-15163

Taylor, A. L., & Fishman, L. M. (1988). Corticotropin-releasing hormone [CD-ROM]. *New England Journal of Medicine*, 319, 213-222. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-26008

Taylor, M. J., & Cooper, P. J. (1986). Body size overestimation and depressed mood [CD-ROM]. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 153-154. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-27674

Theander, S. (1970). Anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214, 1-300.

Thöma, H. (1967). *Anorexia nervosa*. New York: International Universities Press.

Tiller, J., Schmidt, U., Ali, S., & Treasure, J. (1995). Patterns of punitiveness in women with eating disorders [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 365-371. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95345858

Toolan, J. M. (1962). Depression in children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 404-414.

Toolan, J. M. (1972). La depresión en los niños y en los adolescentes. En G. Caplan y S. Lebovici (Eds.), *Psicología social de la adolescencia* (D. R. Wagner, Trad.) (pp. 193-196). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1969)

Toro, J. (1995). Los trastornos oroalimentarios. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (Vol. 1) (pp. 429-454). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios.

Toro, J., Nicolau, R., Cervera, M., Castro, J., Blecua, M. J., Zaragoza, M., & Toro, A. (1995). A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Eur-Child-Adolesc-Psychiatry*, 4, 165-174. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96109565

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Torres, M. L. y Crespo, J. M. (1997). Neuroendocrinología de la anorexia nerviosa. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 92-98). Barcelona: Masson.

Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.

Turón, V., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 19, 9-15.

Vallejo, J. (1997). "Prólogo". En V. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pág. IX). Barcelona: Masson.

Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 163-166.

Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona : Martínez Roca.

Vandereycken, W., Kog, E., & Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. New York: PMA Publishing Corp.

Vandereycken, W., & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa*. Berlín, NY: Walter de

Gruyter.

Varela, M., Martini, A. M., Ponce, M. y Rubio, X. (1994). Anorexia nerviosa: Estudio clinico-fenomenológico de siete casos [CD-ROM]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 25-34. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 34-86368

Vidal, S. (1997). Factores socioculturales y relaciones interpersonales en la anorexia nerviosa. En V. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 80-91). Barcelona: Masson.

Viessleman, J. O., & Roig, M. (1985). Depression and suicidality in eating disorders [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 118-124. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-06894

Viglione, D. J. (1995). Basic considerations regarding data analysis. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 195-226). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Viglione, D. J. (1997). Problems in Rorschach research and what to do about them. *Journal of Personality Assessment*, 68, 590-599.

Vize, C. M., & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study [CD-ROM]. *British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96055761

Walsh, B. T., Gladis, M., & Roose, S. P. (1987). Food intake and mood in anorexia nervosa and bulimia [CD-ROM]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 231-238. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 78-13119

Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.

Warren, W. G., Jackson, C. C., Thornton, C., Russell, J., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. (1994). A study of the relation between eating disorder and death concern [CD-ROM]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 463-468. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95200371

Weiner, I. B. (1991). Interscorer agreement in Rorschach research. *Journal of Personality Assessment*, 56, 1.

Weiner, I. B. (1993). Clinical considerations in the conjoint use of the Rorschach and the MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 60, 148-152.

Weiner, I. B. (1995). Searching for Rorschach theory: A wild goose chase. En V. Moita y A. Pires (Eds.). *Actas del XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos* (24-32). Lisboa: Proceedings Book.

Weiner, I. B. (1997a). Current status of the Rorschach inkblot method. *Journal of Personality Assessment*, 68, 5-19.

Weiner, I. B. (1997b). Speaking Rorschach: Our method stands tall. *Rorschachiana*, XXII, 1-12.

Weiner, I. B. (1998a, Agosto). *El Rorschach en la evaluación y planificación del tratamiento*. Seminario organizado por la Asociación Europea de Rorschach (ERA), Madrid.

Weiner, I. B. (1998b, Agosto). *Aplicaciones forenses del Rorschach*. Seminario organizado por la Asociación Europea de Rorschach (ERA), Madrid.

Weiner, I. B., & Del Gaudio, A. C. (1976). Psychopathology in adolescence: An epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 33, 187-193.

Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mother's and children's reports. *The Journal*

*of Nervous and Mental Disease*, 168, 736-740.

Welner, R.A., Welner, E. B., Fristad, M. A., Cantwell, M. L., & Preskorn, S. H. (1985). A comparison of the cortisol suppression index and the dexamethasone suppression test in prepubertal children. *American Journal of Psychiatry*, 142, 11.

Winokur, A., March, V., & Mendels, J. (1980). Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 695-698.

Winokur, G. (1991). *Mania and depression: A clasification of syndrome and disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Wold, P. N. (1983). Anorexic syndromes and affective disorder [CD-ROM]. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 8, 116-119. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-20959

Wolman, B. B. (1972). *Manual of child psychopathology*. New York: McGraw-Hill.

Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnich, H. B., & Goodman, S. (1990). DSM III personality disorders in eating subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-617.

Woodside, B. D. (1995). A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Problems in Pediatric*, 25, 67-89.

Woodside, B. D., Field, L. L., Garfinkel, P. E., & Heinmaa, M. (1998). Specificity of eating disorders diagnoses in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 261-264.

Woolston, J. L. (1991). *Eating and growth disorders in infants and children*. Newbury Park, CA: SAGE.

Wortis, J. (1985). Irreversible starvation [CD-ROM]. *Biological Psychiatry*, 20, 465-466. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-30484

Woznica, J. G. (1990). Delay of gratification in bulimic and restricting anorexia nervosa patients. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 706-713.

Yager, J., Hatton, C. A., & Ma, L. (1986). Anorexia nervosa in a woman totally blind since the age of two [CD-ROM]. *British Journal of Psychiatry, 149*, 506-509. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 75-30207

Yates, A., Leehey, K., & Shisslak, C. M. (1983). Running an analogue of anorexia? [CD-ROM]. *New England Journal of Medicine, 308*, 251-255. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 83088837

Yellowlees, A. J. (1985). Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: A study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry, 146*, 648-652.

Yellowless, P. M., Roe, M., & Walker, M. (1988). Abnormal perception of food size in anorexia nervosa. *British Medical Journal, 296*, 1689-1690.

Zubin, J., Eron, L. D., & Schumer, F. (1965). *An experimental approach to projective techniques*. New York: Wiley & Sons.

**ABRIR TOMO II**

