

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE de MADRID

Facultad de Psicología

Dto. de Psicología Evolutiva y de la Educación

ANOREXIA y DEPRESIÓN

**Evaluación de personalidad en muestras
adolescentes**

TESIS DOCTORAL

AUTORA: M^a del Carmen García Alba

DIRECTORA: Elena García-Alcañiz Calvo

Enero 2000

DEDICATORIA:

A mi amiga Concha.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Elena García-Alcañiz por sus valiosos consejos y permanente cordialidad.

A la Dra. Concepción Sendín y al Dr. Jhon Exner, por su constante ayuda y apoyo a lo largo de la elaboración de esta tesis. Su confianza en este proyecto fue un constante estímulo.

Al Dr. Gonzalo Morandé, que me facilitó el acceso a pacientes anoréxicas, ingresadas en los Hospitales del Niño Jesús, de Móstoles y el Hospital Universitario de Getafe. La amable colaboración de todos estos profesionales resultó fundamental. Cabe mencionar especialmente al Dr. Enrique Bergón, por su constante disponibilidad.

A la Dra. Rosario Martínez Arias, por su asesoramiento en el trabajo estadístico realizado.

A Josefa García Callado, por todas sus enseñanzas, su presencia y comprensión.

A todas las adolescentes, que dieron su consentimiento e hicieron posible esta investigación.

INDICE GENERAL	I
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	IX
APÉNDICE	Tomo II

INDICE GENERAL

I.- INTRODUCCIÓN.....	17
II.- ASPECTOS TEÓRICOS.	
II.1.- ADOLESCENCIA.	
II.1.1.- Desarrollo normal en infancia y adolescencia.....	45
II.1.1.1.- Perspectivas teóricas: biológica, psicoanalítica, psicológica, psicosocial, sociológica, cultural.....	46
II.1.1.2.- Pubertad.....	53
II.1.1.3.- Organización cognitiva.....	54
II.1.1.4.- Cambios psicológicos y emocionales.....	55
II.1.2.- Curva del desarrollo adolescente.....	57
II.1.3.- Contrastando puntos de vista sobre el desarrollo adolescente.....	60
II.1.4.- Implicaciones de los modelos teóricos en la evaluación de la personalidad de adolescentes.....	63
II.2.-ANOREXIA NERVIOSA.	
II.2.1.- Introducción. Conducta alimentaria: Nivel biológico, psicológico y social.....	71
II.2.2.- Historia de la Anorexia Nerviosa (AN).....	74
II.2.3.- Descripción clínica: Conducta observable, síntomas somáticos, síntomas mentales y emocionales.....	76
II.2.4.- Características epidemiológicas.....	80

II.2.4.1.- Incidencia y prevalencia. Situación en la Comunidad de Madrid (CM): Episodios diagnosticados y población de riesgo.....	81
II.2.4.2.-Edad.....	89
II.2.4.3.- Sexo.....	91
II.2.4.4.- Raza y cultura.....	92
II.2.4.5.- Nivel socioeconómico.....	92
II.2.4.6.- Factores de vulnerabilidad: biológico-genéticos, personales y familiares. Poblaciones de riesgo.....	93
II.2.4.7.- Mortalidad.....	94
II.2.5.- Criterios diagnósticos.....	95
II.2.5.1.- <i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i> de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA): <i>DSM III-R</i> (1987) y diferencias con el <i>DSM IV</i> (1994).....	96
II.2.5.2.- <i>Clasificación Internacional de las Enfermedades</i> de la Organización Mundial de la Salud (OMS): <i>CIE-10</i> (1992). Subtipos. Diagnóstico diferencial....	97
II.2.6.- Evaluación de la Anorexia Nerviosa.....	99
II.2.6.1.- Historia clínica: Actitud del clínico. Información específica a obtener..	100
II.2.6.2.- Exploración física. Complicaciones médicas.....	101
II.2.6.3.- Evaluación del estado mental: Cuestionarios específicos de Anorexia Nerviosa. Evaluación psicológica.....	103
II.2.7.- Tratamiento: Objetivos. Técnica. Evaluación.....	105
II.2.7.1.- Curso. Pronóstico.....	110
II.2.7.2.- Prevención. Signos de alarma.....	111
II.2.8.- Etiopatogenia.....	112

II.2.8.1.- Perspectiva psicoanalítica. Movimiento psicosomático.....	112
II.2.8.2.- Perspectiva sistémica.....	116
II.2.8.3.- Perspectiva organicista.....	120
II.2.8.4.- Perspectiva conductual-cognitiva.....	124
II.2.8.5.- Perspectiva multifactorial: Factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes.....	126
II.2.9.- Anorexia y depresión.....	132
II.2.9.1.- Investigaciones neurobiológicas.....	136
II.2.9.2.- Investigaciones sobre personalidad y psicopatología.....	142
II.2.9.3.- Investigaciones familiares.....	148
II.2.9.4.- Investigaciones sobre factores de riesgo.....	150
II.2.9.5.- Investigaciones sobre tratamiento y seguimiento.....	153
 II.3.- EL <i>TEST RORSCHACH</i> EN LA INVESTIGACIÓN.	
II.3.1.- Introducción.....	159
II.3.2.- Investigación con el test <i>Rorschach</i> : presente y futuro.....	160
II.3.3.- Uso conjunto del test <i>Rorschach</i> y <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)</i>	170
 III.- METODO.	
III.1.- Descripción general.....	177
III.1.1.- Objetivos.....	178
III.1.2.- Método comparativo.....	181
III.2.- Material.....	181
III.2.1.- <i>Test Rorschach</i>	184
II.2.1.1.- Variables <i>Rorschach</i> seleccionadas.....	187

III.2.1.1.1.- Índice de Depresión (<i>DEPI</i>).....	187
III.2.1.1.2.- Índice de Inhabilidad Social (<i>CDI</i>).....	190
III.2.1.1.3.- Estudio conjunto <i>DEPI</i> y <i>CDI</i>	191
III.2.1.1.4.- Variables relacionadas con criterios de validez y estilos de personalidad: Número de Respuestas (<i>R</i>), Lambda (<i>L</i>), Erlebnistypus (<i>EB</i>)....	192
III.2.2.- <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)</i>	195
III.2.2.1.- Variables <i>MMPI</i> seleccionadas.....	198
III.2.2.1.1.- Escalas 2 (Depresión), 7 (Psicastenia) y validez <i>F</i> y <i>K</i>	198
III.2.2.1.2.- Baremos utilizados.....	202
III.2.2.1.3.- Índice de fiabilidad $F - K > 11$. Codificación basada en dos escalas.....	204
III.2.3.- <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>	207
III.2.3.1.- Variables <i>CBCL</i> seleccionadas: Subescalas de ansiedad, quejas somáticas, esquizoidía y depresión.....	212
III.3.- Muestra.....	215
III.3.1.- Características generales: edad, número de sujetos, sexo.....	215
III.3.2.- Muestra de pacientes anoréxicas.....	216
III.3.2.1.- Definición de caso.....	217
III.3.2.2.-Características específicas del grupo de pacientes anoréxicas	218
III.3.3.- Muestra de pacientes con depresión.....	220
III.3.3.1.- Criterios diagnósticos de depresión.....	220
III.3.3.2.- Definición de caso.....	223
III.3.3.3.-Características específicas del grupo de pacientes deprimidas.....	225
III.3.4.- Muestra de No Pacientes.....	226

III.3.4.1.- Definición de caso.....	226
III.4.- Procedimiento.....	228
III.5.- Análisis de datos.....	230
III.5.1.- Dificultades metodológicas que plantea el test <i>Rorschach</i> en investigación.....	231
III.5.2.- Estadísticos preplanificados: Univariantes, Análisis de Varianza (AV), Potencia estadística; Tamaño del efecto (η); Ji-Cuadrado (χ^2); Coeficiente de Contingencia (CC).....	234
III.5.3.- Sesgo del examinador y uso de examinadores múltiples.....	240
III.5.4.- Acuerdo entre puntuadores.....	243
IV.- RESULTADOS Y COMENTARIOS.	
<u>IV.1.- TRASTORNO AFECTIVO: TESTS <i>RORSCHACH</i>, <i>MMPI</i>, <i>CBCL</i>.</u>	
IV.1.1.- TEST <i>RORSCHACH</i>	251
IV.1.1.1.- Estadística descriptiva.....	252
IV.1.1.2.- Resultados de los Índices de Depresión (<i>DEPI</i>) y de Ineficacia Social (<i>CDI</i>): Ji-cuadrado.....	267
IV.1.1.3.- Resultados de las variables que componen <i>DEPI</i> : Ji-cuadrado.....	274
IV.1.1.4.- Resultados de las variables que integran <i>CDI</i> : Ji-cuadrado.....	278
IV.1.1.5.- Resultados de variables relacionadas con criterios de validez: Número de respuestas (<i>R</i>) y <i>Lambda</i> . Análisis de varianza.....	282
IV.1.1.6.- Distribución de frecuencias en la muestra total, según los estilos básicos de la personalidad: <i>Lambda</i> , Tipo Vivencial (<i>EB</i>).....	285
IV.1.2.- <i>MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI)</i>	289
IV.1.2.1.- Resultados de las escalas 2, 7, <i>F</i> , <i>K</i> : Análisis de varianza.....	289

IV.1.2.2.- Perfiles obtenidos: Ji-cuadrado.....	294
IV.1.3.- <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)</i>	298
IV.1.3.1.-Resultados de las subescalas de depresión, ansiedad, esquizoidía y quejas somáticas: Análisis de varianza.....	299
<u>IV.1.4.- Síntesis final y discusión de resultados sobre Depresión: <i>Rorschach</i>, <i>MMPI</i>, <i>CBCL</i></u>	303
IV.1.4.1.- Muestra de pacientes deprimidas.....	303
IV.1.4.2.- Muestra de pacientes anoréxicas.....	306
IV.1.4.3.- Muestra de no pacientes.....	327
<u>IV.2.- OTRAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN ANORÉXICAS A TRAVÉS DEL TEST <i>ROSCHACH</i></u>	335
IV.2.1.- TRIADA COGNITIVA.....	336
IV.2 1.1.-Procesamiento de la información: <i>Lambda</i> ; <i>OBS</i> ; <i>HVI</i> ; <i>Zf</i> ; <i>Zd</i> ; relación <i>W:D:Dd</i> ; análisis de las <i>DQ</i> ; <i>PSV</i>	337
IV.2.1.1.1.- Índice Obsesivo (<i>OBS</i>).....	343
IV.2.1.1.2.- Índice de Hipervigilancia (<i>HVI</i>).....	344
IV.2.1.2.- Mediación cognitiva: <i>Lambda</i> ; <i>OBS</i> ; <i>Populares</i> ; <i>FQ</i> ; <i>CFB</i>	347
IV.2.1.3.- Ideación: <i>EB</i> introversivo y <i>EB Per</i> ; análisis del lado izquierdo de la <i>eb</i> ; relación <i>a:p</i> y <i>Ma:Mp</i> ; índice de intelectualización; <i>MOR</i> ; códigos especiales críticos; calidad formal y niveles de distorsión de las <i>M</i> ; aspectos cualitativos de las respuestas <i>M</i>	352
IV.2.1.4.- <u>Síntesis final y discusión de resultados de la Tríada Cognitiva</u>	360
IV.2.1.4.1.- Procesamiento de la información. Características comunes a las tres muestras. Características diferenciales: Muestra de anoréxicas y grupo de	

control.....	361
IV.2.1.4.2.- Mediación cognitiva. Características comunes a las tres muestras.....	363
IV.2.1.4.3.- Ideación. Características comunes a las tres muestras. Características diferenciales: Muestra de pacientes anoréxicas, muestra de pacientes deprimidas y grupo de control.....	365
IV.2.2.- CONTROL Y TOLERANCIA AL ESTRÉS. TENSIÓN SITUACIONAL.	374
IV.2.2.1.- Control y tolerancia al estrés: <i>D Ajustada</i> y <i>CDI</i> ; <i>EA</i> ; <i>EB</i> ; <i>es</i> ; <i>eb</i>	374
IV.2.2.2.- Estrés situacional: Diferencia entre las puntuaciones <i>D</i> y <i>D Ajustada</i> ; variables <i>m</i> , <i>Y</i> , <i>T</i> ; análisis de las respuestas complejas.....	379
IV.2.2.3.- <u>Síntesis final y discusión de resultados sobre Control y Estrés.</u> Características comunes a las tres muestras. Características diferenciales: Muestra de anoréxicas, muestra de pacientes deprimidas y grupo de control.....	381
IV.2.3.- OTRAS VARIABLES AFECTIVAS.....	385
IV.2.3.1.- <i>DEPI</i> ; <i>EB</i> extratensivo; análisis del lado derecho de la <i>eb</i> ; <i>FC</i> : <i>CF+C</i> ; <i>Afr</i> ; <i>CP</i> ; <i>S</i> ; respuestas complejas (<i>Complj.</i>), complejas color-sombreado (<i>Complj. Col-SH</i>) y complejas sombreado (<i>Complj. SH</i>); proporción suma de color acromático y color cromático ponderado (<i>Sum C'</i> : <i>Sum PondC</i>).....	386
IV.2.3.2.- <u>Síntesis y discusión de resultados sobre Afectos.</u> Características comunes a las tres muestras. Características diferenciales: Muestra de pacientes anoréxicas, muestra de pacientes deprimidas y grupo de control.....	392
IV.2.4.- AUTOPERCEPCIÓN.....	395
IV.2.4.1.- Índice de egocentrismo [$3r+(2)/R$] y reflejos (<i>Fr</i> y <i>rF</i>); <i>FD</i> y <i>V</i> ; análisis	

de contenidos humanos; <i>An+Xy</i> ; MOR; contenidos de <i>FQ</i> -; contenidos de respuestas de movimiento; estudio de las reelaboraciones verbales.....	395
IV.2.4.2.- <u>Síntesis final y discusión de resultados sobre Autopercepción</u>	
Características comunes a las tres muestras. Características diferenciales: Muestra de anoréxicas, muestra de pacientes deprimidas y grupo de control.....	403
IV.2.5.- RELACIONES INTERPERSONALES.....	412
IV.2.5.1.- <i>CDI</i> y <i>HVI</i> ; relación <i>a:p</i> ; respuestas de comida y textura; contenidos humanos; <i>PER</i> , <i>COP</i> y <i>AG</i> ; índice de aislamiento; respuestas de movimiento con pares.....	412
IV.2.5.2.- <u>Síntesis y discusión de resultados sobre Relaciones Interpersonales.</u>	
Características comunes a las tres muestras. Características diferenciales: Muestra de anoréxicas y grupo de control.....	419
IV.2.6.- ANÁLISIS DISCRIMINANTE.....	424
IV.2.7.- NUEVAS HIPÓTESIS.....	427
IV.2.7.1.- Definición y criterios diagnósticos: Trastorno de Personalidad (TP)...	427
IV.2.7.2.- Referencias bibliográficas sobre AN y TP.....	429
IV.2.7.3.- Datos <i>Rorschach</i> para el diagnóstico TP.....	430
IV.2.7.4.- Conclusiones.....	432
V.- CONCLUSIONES.....	433
V.1.- Relación entre anorexia y depresión a través de los tests <i>RORSCHACH</i> , <i>MMPI</i> y <i>CBCL</i>	436
Muestra de pacientes diagnosticadas de depresión.....	436
Muestra de pacientes anoréxicas.....	438
Grupo de control.....	444

V.2.- Otras características de personalidad de las pacientes anoréxicas obtenidas a través del test <i>Rorschach</i>	447
V.2.1.- Tríada cognitiva: Procesamiento, Mediación, Ideación.....	447
V.2.2.- Controles y tensión situacional.....	454
V.2.3.- Afectos.....	455
V.2.4.- Autopercepción.....	457
V.2.5.- Relaciones interpersonales.....	460
V.2.6.- Nuevas hipótesis.....	462
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	467

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Periodo adolescente (OMS).....	46
Tabla 2. Conflictos evolutivos de la adolescencia.....	55
Tabla 3. Factores reguladores de la ingesta (hipotálamo).....	72
Tabla 4. Síntomas comportamentales en AN.....	78
Tabla 5. Síntomas y signos observables o deducibles de la exploración en AN.....	79
Tabla 6. Síntomas mentales y emocionales en AN.....	80
Tabla 7. Porcentaje de jóvenes de la Comunidad de Madrid que realizan dieta para adelgazar y se perciben con exceso de peso o gordos (SIVFRENT, 1996-1997).....	87
Tabla 8. Porcentaje de jóvenes de la Comunidad de Madrid que realizan dieta para adelgazar y se perciben con exceso de peso o gordos, en el 25% de la muestra total con menor peso (SIVFRENT, 1996-1997).....	88
Tabla 9. Edad de aparición de la AN.....	90

Tabla 10. Criterios de la APA para el diagnóstico de AN (<i>DSM III-R</i> , 1987).....	96
Tabla 11. Pautas de la OMS para el diagnóstico y diagnóstico diferencial de AN (<i>CIE 10</i> , 1992).....	98
Tabla 12. Complicaciones médicas en AN.....	101
Tabla 13. Evolución de la AN.....	110
Tabla 14. Factores de pronóstico desfavorable en AN.....	111
Tabla 15. Signos de alarma en AN.....	112
Tabla 16. AN como trastorno multifactorial: Garner, 1993.....	127
Tabla 17. Abreviaturas empleadas en investigaciones neurobiológicas.....	137
Tabla 18 (a, b, c, d). Investigaciones neurobiológicas: Relación entre AN y D.....	138/141
Tabla 19. Abreviaturas usadas en investigaciones sobre personalidad y psicopatología:...	142
Tabla 20 (a, b, c, d, e). Investigaciones sobre personalidad/psicopatología: Relación entre AN y D.....	143/147
Tabla 21. Estudios familiares: Relación entre AN y D.....	149
Tabla 22 (a, b). Factores de riesgo: Relación entre AN y D.....	151/152
Tabla 23(a, b). Tratamiento/seguimiento: Relación entre AN y D.....	154/155
Tabla 24. Muestra de pacientes anoréxicas. Distribución por edades.....	219
Tabla 25. Criterios diagnósticos de la APA para depresión (<i>DSM III-R</i> , 1987).....	222
Tabla 26. Muestra de pacientes deprimidas. Distribución por edades.....	226
Tabla 27. Muestra de no pacientes (grupo de control). Distribución por edades.....	228
Tabla 28. Número de respuestas <i>Rorschach</i> en la muestra total.....	242
Tabla 29. Porcentaje de acuerdo entre puntuadores <i>Rorschach</i>	245
Tabla 30 (a, b, c, d). Estadística descriptiva <i>Rorschach</i> de 50 anoréxicas (13-16 años)..	254/7
Tabla 31 (a, b, c, d). Estadística descriptiva <i>Rorschach</i> de 50 deprimidas (13-16 años)	258/61

Tabla 32 (a, b, c, d). Estadística descriptiva <i>Rorschach</i> de 50 no/pacientes (13-16 años).....	262/5
Tabla 33. Significación de los índices <i>DEPI</i> y <i>CDI</i> (<i>Rorschach</i>).....	267
Tabla 34. <i>DEPI</i> y <i>CDI</i> (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	269
Tabla 35. Variables afectivas, cognitivas y relacionales en <i>DEPI</i> (<i>Rorschach</i>).....	274
Tabla 36. Variables del Índice de Depresión <i>Rorschach</i> (<i>DEPI</i>): Ji- cuadrado.....	275
Tabla 37. Variables que integran <i>CDI</i> (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	279
Tabla 38. Variables <i>Rorschach</i> relacionadas con criterios de validez (<i>R, L</i>): A. varianza.....	284
Tabla 39. Estilo vivencial y <i>Lambda</i> : Frecuencias en cada una de las muestras.....	286
Tabla 40. Variables <i>MMPI</i> (2, 7, <i>F, K</i>): Análisis de varianza.....	290
Tabla 41. Frecuencias de códigos de dos escalas <i>MMPI</i> en las muestras evaluadas.....	295
Tabla 42. Códigos de dos escalas <i>MMPI</i> : Ji-cuadrado.....	297
Tabla 43. Variables <i>CBCL</i> (ansiedad, quejas somáticas esquizoidia, depresión): Análisis de varianza.....	300
Tabla 44. Frecuencia de sintomatología depresiva en AN.....	312
Tabla 45. Distinciones entre autoevaluación (<i>MMPI</i>) y test de <i>Rorschach</i>	319
Tabla 46. Efectos de la inanición y pérdida de peso.....	322
Tabla 47. Alteraciones neurobiológicas comunes a AN y D.....	323
Tabla 48. Procesamiento de la información (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	338
Tabla 49. Procesamiento de la información (<i>Rorschach</i>): Análisis de varianza.....	339
Tabla 50. Variables del Estilo Obsesivo en <i>Rorschach</i> (<i>OBS</i>): Ji-cuadrado.....	345
Tabla 51. Variables del Estilo Hipervigilante en <i>Rorschach</i> (<i>HVI</i> ,): Ji-cuadrado.....	345
Tabla 52. Mediación cognitiva (<i>Rorschach</i>): Análisis de varianza.....	348
Tabla 53. Mediación cognitiva (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	349

Tabla 54. Ideación (<i>Rorschach</i>): Análisis de varianza.....	354
Tabla 55. Ideación (<i>Rorschach</i>): Estadísticos univariantes.....	355
Tabla 56. Ideación (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	356
Tabla 57. Procesamiento de la información: Variables <i>Rorschach</i> comunes a las tres muestras.....	361
Tabla 58. Mediación cognitiva: Variables <i>Rorschach</i> comunes a las tres muestras.....	363
Tabla 59. Ideación: Variables <i>Rorschach</i> comunes a las tres muestras.....	365
Tabla 60. Controles y Tensión situacional (<i>Rorschach</i>): Análisis de varianza.....	376
Tabla 61. Controles y Tensión situacional (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	377
Tabla 62. Controles y Tensión situacional: Variables <i>Rorschach</i> comunes a las tres muestras evaluadas.....	381
Tabla 63. Estilo vivencial de sujetos con $DEPI \geq 6$ (<i>Rorschach</i>).....	387
Tabla 64. Otras variables afectivas <i>Rorschach</i> : Ji-cuadrado.....	389
Tabla 65. Otras variables afectivas <i>Rorschach</i> : Análisis de varianza.....	390
Tabla 66. Variables afectivas <i>Rorschach</i> comunes a las tres muestras.....	392
Tabla 67. Autopercepción (<i>Rorschach</i>): Análisis de varianza.....	397
Tabla 68. Autopercepción (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	398
Tabla 69. Autopercepción: Variables <i>Rorschach</i> comunes a las tres muestras.....	403
Tabla 70. Relaciones interpersonales (<i>Rorschach</i>): Ji-cuadrado.....	414
Tabla 71. Relaciones interpersonales (<i>Rorschach</i>): Análisis de varianza.....	416
Tabla 72. Relaciones interpersonales: Variables <i>Rorschach</i> comunes a las tres muestras.....	419
Tabla 73. Funciones obtenidas con variables <i>Rorschach</i> : Análisis discriminante.....	424
Tabla 74. Resultados de la clasificación de los tres grupos según la función discriminante.....	425

Tabla 75. Criterios diagnósticos para Trastorno de Personalidad (TP) (<i>DSM IV</i> , 1994)...	428
Tabla 76. Relación entre variables <i>Rorschach</i> /criterios <i>DSM IV</i> (1994) para TP.....	431
Tabla 77. Variables significativas Depresión: <i>Rorschach</i> , <i>MMPI</i> , <i>CBCL</i>	437
Tabla 78. Constelaciones <i>Rorschach</i> : Variables significativas (AV, χ^2).....	448
Figura 1. Porcentaje de <i>EA > es</i> , según la edad (Exner, 1978).....	59
Figura 2. Pacientes diagnosticados de TCA: Encuesta Insalud, Madrid 1994.....	83
Figura 3. Pacientes ingresados por TCA en 11 Hospitales de Madrid: Encuesta Insalud, 1994.....	83
Figura 4. Ingresos hospitalarios por TCA en Madrid de 1991 a 1998 (CMBD).....	84
Figura 5. Evolución de las altas hospitalarias de 1979 a 1994. Población 10-29 años (Encuesta de Morbilidad de la Comunidad de Madrid: <i>CIE 9</i>).....	85
Figura 6. AN y BN: Riesgo y prevalencia en la Comunidad de Madrid (edad: 15 años).....	86
Figura 7. Perfil 1: variables <i>Rorschach</i> en las tres muestras evaluadas.....	273
Figura 8. Perfil 2: variables <i>Rorschach</i> en las tres muestras evaluadas.....	277
Figura 9. Perfil 3: variables <i>Rorschach</i> en las tres muestras evaluadas.....	281
Figura 10. Perfiles <i>MMPI</i> de las escalas 2 (depresión), 7 (ansiedad), <i>F</i> y <i>K</i> (validez) en las tres muestras evaluadas.....	294
Figura 11. Índices <i>DEPI</i> y <i>CDI Rorschach</i> en la muestra de pacientes deprimidas.....	304
Figura 12. Índices <i>DEPI</i> y <i>CDI Rorschach</i> en la muestra de anoréxicas.....	307
Figura 13. Índices <i>DEPI</i> y <i>CDI Rorschach</i> en las tres muestras evaluadas.....	308
Figura 14. Resultados de la Escala 2 <i>MMPI</i> en las muestras evaluadas.....	311
Figura 15. Depresión (<i>Rorschach</i> , <i>MMPI</i> , <i>CBCL</i>) en las tres muestras.....	313
Figura 16. Ansiedad (<i>Rorschach</i>) en las tres muestras evaluadas.....	314

Figura 17. Ansiedad (<i>MMPI</i>) en las muestras evaluadas.....	315
Figura 18. Depresión y ansiedad (<i>Rorschach; MMPI, CBCL</i>) en las tres muestras evaluadas.....	317
Figura 19. Diferencias en el procesamiento de la información (<i>Rorschach</i>).....	362
Figura 20. Estilos vivenciales (<i>Rorschach</i>) en las tres muestras evaluadas.....	367
Figura 21. Ideación (<i>Rorschach</i>) en las tres muestras de adolescentes evaluadas.....	368
Figura 22. Recursos (<i>EA</i>) y capacidad de control habitual (<i>Adj D</i>) en las muestras.....	383
Figura 23. Distribución de tipo vivencial (<i>EB</i>) en adolescentes con depresión (<i>DEPI</i> ≥6) en los tres grupos evaluados.....	394
Figura 24. Contenidos humanos y movimientos pasivos (<i>Rorschach</i>) en las tres muestras evaluadas.....	422

APÉNDICE

1.- Carta solicitando consentimiento a los padres para colaborar en la investigación.....	3
2.- Resultados estadísticos <i>SPSS/PC+</i> :	
2.1. Análisis de varianza.....	9
2.2. Ji-cuadrado.....	205
2.3. Análisis discriminante.....	283

I.- INTRODUCCIÓN.

I.- INTRODUCCIÓN.

Si bien los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (TCA) no son un problema actual, ya que su existencia se remonta a un pasado lejano, la realidad es que en los últimos años están adquiriendo una configuración clínica reconocida en los actuales manuales de clasificación psiquiátrica, posiblemente porque constituyen un problema creciente, que preocupa tanto a la comunidad científica como a las autoridades sanitarias. En efecto, es alarmante el progresivo aumento de la incidencia y prevalencia de estos trastornos, que se ha podido observar en los últimos 30 años gracias a los estudios de seguimiento de casos recogidos por diversos autores (Halmi, 1995/1996; Turón, 1997), en los que se puede constatar que la incidencia de la *Anorexia Nerviosa* (AN) ha pasado de 0,24-0,45/100.000 habitantes al año antes de los años 60 a una incidencia actual de 5-10/100.000 habitantes al año en la población mundial. La tasa de prevalencia para los TCA, registrada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1993), se sitúa en torno al 1-4% de adolescentes y adultas jóvenes siendo, en el caso de la AN, cercana al 1% en los países europeos (Morandé y cols., 1995; Turón, 1997) y ampliándose al 5% (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994/1996) cuando se trata de jóvenes en las que está presente algún síntoma anoréxico. La edad de máxima incidencia se sitúa entre los 15-25 años y, mayoritariamente, en el sexo femenino (90-95%, Lucas, Beard, O'Fallon, & Kurdland, 1991; Nielsen, 1990; Rastam, Gilberg, & Gartron, 1989), en una relación de 1 varón por cada 9 mujeres (Garner, & Garfinkel, 1985; Vandereycken, & Meermann, 1984), aunque este trastorno aparece cada vez en edades más tempranas y va ganando adeptos entre los varones (Crisp, & Burns, 1983) y los adultos (Mardomingo, 1994). Si nos circunscribimos a los datos epidemiológicos de la Comunidad de Madrid (CM), también se detecta este incremento progresivo a través de diversas fuentes:

Los casos diagnosticados en Madrid, según la encuesta del Instituto Nacional de la Salud de 1994 (Morandé y cols., 1995), pasan de 162 en 1990 a 436 en 1993, mientras el número de ingresos hospitalarios por TCA en 11 hospitales madrileños pasa de 102 a 341, en el mismo periodo de tiempo. Estudios comparativos recientes (Morandé, Celada, & Casas, 1999), aunque limitados a poblaciones escolares de 15 años, aportan cifras de prevalencia para AN de 0,3% en 1985 a 1,3% en 1994, con un aumento de la población de riesgo para padecer un TCA de 5% en 1985 a 12% en 1994. La CM actualmente está llevando a cabo un estudio epidemiológico, todavía en fase de realización, con 4.500 adolescentes entre 15 y 18 años, tratando de conocer el verdadero alcance del problema en esta Comunidad. De todas formas, es difícil establecer cifras reales y concretas y, posiblemente, se infravalore la realidad debido, entre otras causas, a la heterogeneidad de los enfoques epidemiológicos utilizados, a los criterios diagnósticos empleados de forma más o menos rigurosa y a la tendencia de las personas que sufren estos trastornos a negarse a participar en este tipo de estudios e, incluso, a recibir un tratamiento adecuado.

Cualesquiera que sean los datos epidemiológicos que sirvan de referencia, en todos ellos se aprecia un alarmante aumento de la incidencia y prevalencia de estas patologías (Padierna y cols., 1999), lo que hace que para muchos autores la AN, junto a la *Bulimia Nerviosa* (BN), constituyan un problema sanitario de primera magnitud en sociedades industriales y postindustriales pues, además de tratarse de patologías en alza, son enfermedades graves, con un curso clínico prolongado, que requieren tratamiento especializado y frecuentes ingresos, que producen elevadas tasas de cronicidad y mortalidad.

Por todo ello, en la actualidad, se están generando multitud de estudios e investigaciones, entre los que se incluye esta Tesis Doctoral, que pretende realizar un trabajo de investigación sobre la patología anoréxica desde la perspectiva de la evaluación psicológica

de la personalidad.

Otro motivo de interés por el tema anoréxico deriva de mi trabajo como psicólogo en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Madrid, en el que la demanda de atención especializada para jóvenes con AN ha aumentado considerablemente en los últimos años. En efecto, la eclosión de esta patología se produce de forma prioritaria en la etapa adolescente, hecho éste que tiene que ver tanto con la crisis de identidad y de valores, propias de este periodo evolutivo, como con los cambios corporales y la importancia que adquiere el aspecto físico en el adolescente, por lo que resulta un periodo especialmente vulnerable, que facilita el establecimiento de estereotipos de conducta. En el momento actual, el estereotipo vigente en la cultura occidental, donde aparece mayoritariamente la AN (Kope, & Sack, 1987), es la delgadez, que supone el compendio de ideal de belleza, inteligencia y éxito, preconizado y difundido ampliamente por los medios de comunicación (Bennett, & Gurin, 1982). Así se pone de manifiesto en un estudio realizado en 1999 a jóvenes madrileños, a instancias de la CM (Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, en prensa), donde se señala que en la reconstrucción que el adolescente normal debe realizar de su imagen corporal, debido a los rápidos cambios puberales, influyen determinados aspectos como son: a) La delgadez como atributo culturalmente dominante y como modelo único; b) La dictadura de las modas, con repercusión en edades cada vez más tempranas (fenómeno de Spice Girls) y en las que la exhibición del cuerpo tiene gran peso; c) El imperativo del triunfo, en todas y cada una de las facetas de la vida, como mensaje recurrente; d) El éxito social, con la evidencia de que las personas delgadas son mejor aceptadas en todos los ámbitos. De hecho, durante el curso académico 1996-1997, en un estudio realizado a adolescentes de 15 y 16 años de la CM (Comunidad de Madrid-Insalud, 1999, 24 Marzo), se pone de manifiesto que el 45,1% de chicas entrevistadas se considera

con exceso de peso o gorda y el 27,5% refiere haber realizado, en los últimos 12 meses, algún tipo de dieta para adelgazar, incluso estando algunas de ellas francamente delgadas.

Conviene recordar aquí 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 obliga a tomar en consideración, en cada sujeto, un conjunto de factores vinculados a su propia historia personal, familiar, etc. Estudios reiterados (Seidman, 1960) han demostrado que cuanto más perturbado está un adolescente, menos tolerante se muestra con su aspecto físico, dándose una correlación bastante elevada entre dificultades en la adaptación psicológica y social y el excesivo interés por el cuerpo.

Lo cierto es que el número de casos nuevos en las consultas especializadas aumenta, sin que se haya logrado diseñar aún un tratamiento adecuado que presente alta efectividad a largo plazo (Fernández y Turón, 1998) y que la detección precoz de los trastornos es importantísima para un buen pronóstico en el tratamiento, por lo que, para los profesionales comprometidos con este tema, surge la necesidad de buscar respuestas que resulten cada vez más satisfactorias a las incógnitas que esta patología todavía plantea. Dentro de este interés se encuadra mi participación en el *Protocolo de TCA* del Insalud (Morandé y cols., 1995), en el documento de la CM sobre *Líneas de Actuación en anorexia y bulimia nerviosas en la Comunidad de Madrid* (Casas y cols., 1999), en diversas ponencias y artículos publicados y en esta investigación que ahora se va a exponer.

La problemática de estos trastornos es tan variada que obliga a una consideración polifactorial del tema, en la que la comprensión etiopatogénica se debe realizar desde diversos ángulos. En efecto, la perspectiva estrictamente biológica es obligada si consideramos que la AN tiene implicaciones médicas que pueden conllevar la muerte. El ángulo clínico es patente si tenemos en cuenta su conexión con otras enfermedades como la

depresión, la ansiedad o los trastornos obsesivos. Finalmente, los aspectos familiares y sociales de esta patología son relevantes ya que, una vez instaurado el cuadro, resulta devastador. Todas estas facetas quedan reflejadas en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de las Enfermedades (*CIE 10*, 1992) al considerar la AN como una serie de respuestas desadaptadas del sujeto a un conjunto de situaciones vitales: biológicas, intrapsíquicas, familiares y socioculturales. La investigación que ahora se presenta se inscribe en la perspectiva clínica, en las aportaciones que desde la psicometría se pueden realizar a la descripción de la personalidad de estos pacientes y a la comprensión de su funcionamiento psicológico, con una serie de instrumentos entre los que el test *Rorschach* ocupa un lugar relevante.

Esta prueba fue muy criticada en los años 50 y 60 por su utilización en la investigación como test exclusivamente proyectivo, con criterios poco rigurosos y conclusiones basadas en análisis absolutamente insostenibles (Cronbach, 1949). Es a partir de los años 70 cuando se inicia toda una labor de investigación con este test, que culmina con la construcción del *Sistema Comprensivo* de Exner (1969, 1974, 1978, 1986, 1991, 1993/1994), que produce la unificación de criterios de codificación a nivel mundial, la tipificación de este instrumento y la consideración de *Rorschach* como un test básicamente perceptual-cognitivo (Sendín y García Alba, 1995), volviendo a la concepción original del propio autor (Rorschach, 1921/1969; Exner, & Sendín, 1997), considerando la proyección sólo como una de las múltiples variables que pueden estar implicadas en la emisión de respuestas del sujeto y con un papel muy diverso interindividualmente (Exner y Sendín, 1995). En la actualidad se asume, en general, que el Sistema Comprensivo de Exner, con su énfasis en la estandarización y en el rigor metodológico, ha colocado a este test en una situación mucho más estable que antaño, con fundamentos más sólidos para ser utilizado como un

instrumento psicométrico en campos de la investigación muy heterogéneos. La revisión de la literatura sobre el empleo del test *Rorschach* en AN, casi inexistente y mi especialización en esta prueba determinaron, finalmente, tanto la posibilidad de llevar a cabo este estudio como la consideración de la utilidad del mismo, al permitir aportar un material novedoso, que pudiera ofrecer una descripción detallada del funcionamiento psicológico de estos pacientes.

Una vez determinada la patología a estudiar, la AN, y uno de los instrumentos a utilizar, el test *Rorschach*, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva del tema. Se pudo comprobar que, de las conexiones existentes entre AN y otras patologías, la relación ***anorexia-depresión***, aunque innegable desde la vertiente psicológico-psiquiátrica, aún hoy resulta poco clara (Chinchilla, 1995; Ochoa, 1996). Fue en 1977 cuando Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin y Green se preguntaron si sería posible considerar que algunos casos de AN fueran una modalidad de las alteraciones del estado de ánimo. Otros autores ya habían sugerido que tales relaciones existían, pero de forma mucho más indirecta. Desde entonces se han producido muchas investigaciones tendentes a aclarar la relación entre los TCA y los trastornos afectivos (TAF), proporcionando distintos resultados y diversas hipótesis explicativas, ninguna concluyente. Además, en los últimos años existe un interés creciente por el estudio de patologías concurrentes, debido a las importantes implicaciones que se pueden derivar de sus resultados. Chinchilla (1995) sintetiza tres áreas de implicación, señaladas por Katz en 1992: a) Patogénica o etiológica ya que, aunque no se pueda definir la naturaleza de la relación entre dos o más patologías que concurren, las investigaciones pueden generar modelos explicativos que, a su vez, sean objeto de investigaciones ulteriores. b) Mayor precisión diagnóstica. c) Abordaje terapéutico que resulte más eficaz.

La **relación entre ambas patologías**, AN y depresión (D), se pone de manifiesto desde distintas ópticas, que se mencionan de forma muy resumida.

- *Neurobiológica*. En ambos trastornos se produce un hipercortisolismo, asociado a una excesiva excreción de CRH (corticoliberina) y un estado disfuncional de los neurotransmisores (Toro y Vilardell, 1987).
- *Personalidad/Psicopatología*. En las referencias bibliográficas consultadas aparece una relación frecuente entre anorexia, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo.

La mayoría de investigadores coinciden en señalar que muchos pacientes con AN han tenido, en algún momento de su vida, diagnóstico de depresión, pero las cifras que aportan varían ampliamente, según los autores y los criterios utilizados, tanto para definir esta categoría diagnóstica como los instrumentos destinados a evaluarla. Así, Katz (1987) aporta cifras que oscilan entre 25-75%; la APA (1993), entre 50-75%; Morandé y cols.(1995) sitúan estas cifras alrededor del 66%. Pero los márgenes detectados son tan amplios que pueden oscilar entre un 33% aportado por Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin y Green (1977) y el 81% comunicado por Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun-Tood (1983b).

- *Familiar*. Diversos estudios hablan de que en grupos de AN estudiados se halla una prevalencia de TAF, en parientes de primer grado, del 22% (Gershon et al., 1984; Winokur, March, & Mendels, 1980) frente a un 7-10% en los grupos de control. Existe pues relación entre AN y riesgo familiar de depresión. Se plantea la existencia de una posible predisposición o vulnerabilidad genética, aunque se desconoce su concreción (Toro, 1995).
- *Tratamiento*. En general, se admite la mejoría de muchos cuadros anoréxicos con la utilización de fármacos antidepresivos y así se observa en la práctica clínica.

Sin embargo, la naturaleza de **esta relación se explica según hipótesis diferentes**.

- La AN es una variante de la D (Hudson, Pope, Jonas, & Yurgelun-Tood, 1983b).

Basándose en la suplencia sindrómica, algunos autores llegaron a decir que la AN, más que un equivalente depresivo o un cuadro enmascarado, sería una depresión mal diagnosticada (Chinchilla, 1983; López-Ibor Aliño, 1972). Estas hipótesis, en la actualidad, han perdido consistencia (Chinchilla, 1995).

- Hay comorbilidad entre ambos cuadros psicopatológicos (Morandé y cols., 1995; Toro, 1995; Turón, 1997). Los síntomas depresivos son secundarios a los TCA, a las alteraciones que origina la inanición (Russell, 1977, 1979).
- Katz (1987) sugiere que los pacientes de ambos grupos pueden ser bastante heterogéneos, de forma que la depresión resultara un antecedente de los TCA en algunos casos y una consecuencia en otros.

Las aportaciones consultadas en la *revisión bibliográfica* que se hizo sobre AN y D, desde la perspectiva de la **evaluación de la personalidad**, adolecen de una serie de *inconvenientes*:

a) Los tamaños de las muestras evaluadas suelen ser pequeños, pero, sobre todo, aparecen mezcladas anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas y, en el peor de los casos, anoréxicas y bulímicas se agrupan bajo el epígrafe TCA.

Durante un tiempo se pensó que la AN y BN eran el anverso y el reverso de un mismo cuadro psicopatológico, pero en la actualidad se sabe que son entidades nosológicas distintas (Levy, 1989), con diferentes características de personalidad (Chinchilla, 1995; Nakao et al., 1998; Sexton, Sunday, Hurt, & Halmi, 1998), cuyas historias familiares difieren significativamente en cuanto a la variable depresión (Piran, Kennedy, Garfinkel, & Owens, 1985), que deben ser tratadas y evaluadas de forma diferente y que parecen tener cada una su propio y distinto curso (Hsu, 1988; Woznica, 1990).

b) Los rangos de edades de las muestras empleadas son excesivamente amplios, mezclando

sujetos que, debido a ello, poseen características psicológicas muy diferentes.

c) Además del diagnóstico clínico, habitualmente basado en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, APA)*, los tests utilizados en la evaluación psicológica suelen reducirse a un cuestionario o inventario de personalidad, o algún cuestionario específico de ansiedad/depresión/TCA. Los estudios psicodiagnósticos más completos son escasísimos, por razones obvias de dificultad y coste, tanto económico como de tiempo empleado y grado de especialización requerido.

Por todo ello se fijó, como *primer objetivo* de la investigación, la posibilidad de dar una respuesta a la cuestión todavía pendiente de la relación existente entre AN y D, basada en una serie de pruebas psicológicas, cuya validez y fiabilidad estuviera suficientemente probada. La hipótesis de partida, suponía que AN y D son patologías distintas, sobre todo en cuanto a trastorno afectivo se refiere.

Para poner a prueba esta hipótesis se elaboró un *diseño comparativo* de casos y controles: Un grupo estaba formado por pacientes diagnosticadas de AN, otro por pacientes diagnosticadas de D y, finalmente, un grupo de control (NP; no pacientes). El tamaño muestral de 50 sujetos en cada uno de los grupos, vino determinado por las sugerencias de J. Exner (comunicación personal, Julio, 1990) quien, basándose en consideraciones del efecto esperado, juzgó, al igual que otros autores (Dies, 1995), que un estudio con *Rorschach* con un número de sujetos ≥ 50 en cada grupo, suponía un tamaño muestral suficientemente amplio.

Los **tests seleccionados** como instrumentos de medida para la evaluación psicológica de los sujetos, aportan información procedente de distintas fuentes, todas ellas complementarias.

- En el test *Rorschach* el sujeto proporciona información acerca de su personalidad, tanto de su estructura cognitiva como de su imaginaria temática, a través de la articulación de sutiles propiedades perceptivas, sin ser consciente del tipo de información que está proporcionando, por lo que resulta muy difícil que pueda alterarla deliberadamente.
- El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, es un autoinforme, dentro de los parámetros de un test de formato fijo de respuesta, en el que el sujeto da cuenta de la presencia o ausencia de síntomas y conductas incluidas en categorías diagnósticas psicopatológicas; el sujeto comunica lo que conoce sobre sí mismo y está dispuesto a revelar. Se aplicó la escala completa, según recomienda Archer (1987).

Rorschach y *MMPI* son, además, las dos pruebas que más se utilizan en el ámbito clínico en EEUU (Archer, Maruish, Imhof, & Piotrowski, 1991; Lubin, Larsen, Matarazzo, & Seever, 1985) por lo que cuentan con un gran bagaje de investigaciones previas que avalan su utilidad para este tipo de investigaciones. La aplicación conjunta de ambos instrumentos es una práctica habitual en la evaluación psicológica (Archer, & Krishnamurthy, 1993a), cuya finalidad es incrementar la validez del diagnóstico, de las inferencias y predicciones clínicas, al derivar la información de múltiples fuentes (Dana, & Bolton, 1982).

- El *Child Behavior Checklist (CBCL)*, aplicado a los padres, se utiliza como criterio externo, para evaluar las mismas conductas sintomáticas, observadas en los seis últimos meses, pero desde la óptica de los padres. La inclusión de *CBCL*, aconsejada por J. Exner (comunicación personal, Julio 1990) en base a su validez, fiabilidad y amplia difusión, supuso una dificultad adicional en la investigación, al no hallarse disponible, en aquellos momentos, en el mercado español, por lo que hubo que traducirla y, posteriormente, pudo ser cotejada con la traducción realizada por A. Polaino (comunicación epistolar, Abril, 1991), de la que se tuvo conocimiento a través de su obra (Ezpeleta, Domènech y Polaino,

1988).

Todas estas pruebas, además, debido a su posibilidad de cuantificación podrían permitir ulteriormente un tratamiento informático/estadístico de los datos.

La **aplicación** en todos los casos fue individual; incluso el *CBCL* se administró en entrevista personal para que resultara más fiable y no hubiera que rechazar ninguno de los casos evaluados. El *procedimiento* fue básicamente el siguiente: (a) Entrevista inicial con la adolescente. (b) Aplicación de *Rorschach* individual. (c) Instrucciones para cumplimentar *MMPI*: aplicación individual. (d) Aplicación individual de *CBCL* al padre o madre. (e) Posterior comunicación de resultados.

La **muestra** debía cumplir una serie de requisitos comunes y otros específicos, propios de cada grupo. Entre las **características comunes**, figuran las siguientes.

- *Edad*, entre 13-16 años. Con ello se pretendía: (a) Descartar la AN infantil, con distinta significación, generalmente de protesta hacia el entorno (Schütze, 1980/1983). (b) Situarse al inicio de la enfermedad, para evitar el influjo de otras variables como la cronicidad. (c) Abarcar un periodo evolutivo que demarcara cambios significativos en el funcionamiento físico, psíquico y educacional, sin que fuera demasiado amplio (Achenbach, 1979) para eliminar diferencias en función de la edad.
- *Sexo*: La muestra está formada por mujeres, ya que la patología anoréxica tiene mayor incidencia en el sexo femenino. La muestra de varones, evaluados paralelamente, todavía es muy exigua, por lo que será objeto de posteriores estudios y comparaciones.
- Pertenecientes al *sector público*: educativo o asistencial. El nivel socio-económico se sitúa en torno al medio y medio-bajo.

Los **criterios específicos** que definieron los casos en cada grupo se enumeran a continuación.

- *Pacientes anoréxicas:* (a) Diagnosticadas según los criterios del *DSM III-R* (APA, 1987) (Tabla 10), vigentes al inicio del trabajo. (b) Anoréxicas restrictivas, eliminándose el influjo de la variable bulimia/purga. Esta decisión lentificó considerablemente el trabajo de campo, pues las investigaciones realizadas indican que un 50% de pacientes anoréxicas desarrollan síntomas bulímicos (APA, 1993), existiendo una alternancia sintomática en una u otra dirección. La entrevista realizada al inicio de la evaluación de estas pacientes, sirvió para descartar todos estos casos. Posteriormente, el *DSM IV* (APA, 1994a) incluye los subtipos de AN restrictiva y AN atracón/purga a sus criterios, por lo demás similares a los de *DSM III-R*. (c) Primera hospitalización por el problema anoréxico, para evitar tanto diagnósticos dudosos como cuadros ya cronificados.

Para la obtención de la muestra se contactó con hospitales públicos de Madrid, con especial dedicación a esta patología y que contaran con camas pediátricas, lo que redujo enormemente la oferta. Se incluyeron el Hospital Universitario de Getafe, Hospital de Móstoles y Hospital del Niño Jesús, pionero y emblemático en el tratamiento de la AN infanto-juvenil.

El grupo de AN tiene una edad media de 14.84 años, con una desviación típica de 1.13.

- *Pacientes diagnosticadas de depresión:* (a) Según el criterio clínico del *DSM III-R* (APA, 1987)(Tabla 25), por ser el más ampliamente aceptado (Roberts, Vargo, & Ferguson, 1989), aunque el problema nosológico de esta patología en la infancia y adolescencia todavía no se haya resuelto (García Villamizar y Polaino, 1988). Se utilizó la entrevista estructurada de *Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC Revisado: Endicott, Andreasen y Spitzer, 1978/1989)* para lograr mayor objetividad en la recogida de la información. (b) Cada caso vino definido por el resultado positivo de dos de los tres instrumentos siguientes: *RDC*; *MMPI* (puntuación típica de escala 2 > 70); *Rorschach*

(Índice de Depresión ≥ 6). No se establecieron diferencias entre depresión mayor y trastorno distímico por las dificultades que esta diferenciación supone, especialmente en la población infanto-juvenil (*DSM IV*, APA, 1994a) y por carecer de utilidad para los propósitos de esta investigación.

La muestra, se obtuvo en dos Centros de Salud Mental (Leganés y Fuenlabrada), que cuentan con equipos especializados para la atención infanto-juvenil, lo que no siempre ocurre en las 11 áreas existentes en la CM. La edad media de estas adolescentes es de 15.02 años, con una desviación típica de 1.13.

- *Grupo de control*. Se incluyeron en él: (a) Sujetos que no hubieran requerido, en ningún momento, ayuda psiquiátrica o psicológica. (b) Adecuado rendimiento académico, para eliminar posibles limitaciones intelectuales (no repetidores).

La muestra se obtuvo en un Instituto de Enseñanza Media de Leganés (María Zambrano). Se solicitó el consentimiento escrito a los padres (Carta incluida en Apéndice 1) y se realizó una breve devolución diagnóstica, de carácter eminentemente práctico. La posible patología que pudiera detectarse contaba con recursos y cobertura adecuada en el Centro de Salud Mental correspondiente, pues cada vez se desaconsejan más este tipo de estudios sin la existencia de recursos asistenciales ulteriores (Pedreira, & Sánchez, 1992).

La muestra obtenida tiene una edad media de 14.90 años, con una desviación típica de 0.95.

Conviene señalar que el método de selección de las muestras fue *subjetivo, de conveniencia*, tipo de muestreo habitual en investigaciones psicológicas, en las que no se suele tener la posibilidad de hacer una asignación aleatoria de los sujetos, por lo que las inferencias poblacionales no resultarían rigurosas. Sin embargo, los resultados son válidos y de gran utilidad (Exner, comunicación personal, Octubre, 1998), tanto por el rigor

metodológico como por el cuidadoso control de las variables perturbadoras (Exner, comunicación personal, Julio, 1990; Exner, comunicación epistolar, Agosto, 1999; Martínez Arias, comunicación personal, Noviembre, 1996) empleados al realizar el trabajo.

En la elaboración del **diseño**, se definieron previamente, además de los objetivos, la muestra, los instrumentos de medida y el procedimiento, ya descritos, los estadísticos a utilizar y los errores de medida (influencia del examinador y validez interpuntuadores).

En cada uno de los tests empleados, se analizaron aquellas **variables** más directamente relacionadas con depresión y criterios de validez. Se incluyeron también medidas de ansiedad, por un doble motivo: (a) Los componentes ansiógenos con frecuencia acompañan a los cuadros depresivos, cualquiera que sea la edad del sujeto (Polaino y García Villamizar, 1988); (b) También suele estar presentes en los TCA, en opinión de algunos autores (Cervera y Quintanilla, 1995).

- *Rorschach*: Índice de Depresión (*DEPI*) y las variables que lo integran.

Índice de Inhabilidad Social (*CDI*) y las variables que lo integran.

Respuestas de sombreado (*Y, V, T*) y acromáticas (*C'*).

Validez: Número de respuestas (*R*) y Lambda (*L*).

- *MMPI*: Escala 2 (Depresión) y escala 7 (Psicastenia).

Perfiles 2-7/7-2; 2-8/8-2; 7-8/8-7.

Validez: Escalas F y K; Índice F-K > 11 (Gough, 1950).

- *CBCL*: Escala de problemas de conducta: subescalas de ansiedad y depresión.

En el **análisis de datos** se ha utilizado, básicamente, el programa estadístico SPSS/PC+, Versión 4.0. De antemano, se conocían los problemas que plantea el análisis de los datos del test *Rorschach*, pues muchas de sus variables no son paramétricas e, incluso, siéndolo pueden presentar distribuciones asimétricas, que invalidan el uso de análisis paramétricos.

Por ello, tras el análisis exploratorio de las variables, se decidió incluir en los cálculos estadísticos los siguientes datos.

- *Estadísticos Univariantes*, sobre 111 variables Rorschach, para cada uno de los tres grupos evaluados (Tablas 30, 31 y 32) que, además de proporcionar información sobre estas muestras, aportara una base más firme al tipo de análisis seleccionado (Viglione, 1997). Se consideraron no paramétricas aquellas variables *Rorschach* con $z \geq 1.96$, tanto en el coeficiente de asimetría como en el de apuntamiento (Martínez Arias, comunicación personal, Diciembre, 1996).
- *Análisis de Varianza* de una variable independiente con tres factores. En todos los casos se cumplió el requisito de independencia de las muestras y de homocedasticidad (test de Bartlett) de las variables (Keppel, 1991). Se juzgó menos importante el supuesto de normalidad debido a las características muestrales mencionadas anteriormente. Se utilizó el contraste F y el contraste Tukey y se determinó un nivel de significación $\alpha = 0.05$. Se calculó la potencia estadística con el programa estadístico Bavy (1992). Se calculó también el tamaño del efecto (η).

Cuando no se cumplía el supuesto básico de homocedasticidad, se adoptó una doble solución: a) Transformación logarítmica propuesta por Tukey (Sánchez Carrión, 1995) que, de no proporcionar distribuciones con varianzas iguales, no se siguió sometiendo a otras transformaciones posibles (Exner, 1991; Martínez Arias, comunicación personal, Abril, 1998). b) Uso del contraste no paramétrico de Kruskal-Wallis. Debido a los inconvenientes de ambas opciones, pues las transformaciones producen escalas con un significado cuantitativo de interpretación dudosa y cuestionada (Exner, 1995) y el test de Kruskal-Wallis es menos potente, se incluyeron ambos resultados en las tablas, para mayor información del lector.

- *Ji-Cuadrado*, bajo dos supuestos: (a) En determinadas variables, no paramétricas, con muchos valores en torno al 0, rangos muy limitados y relaciones no lineales. En estos casos Exner (1991) propone cortes interpretativos y estadísticos no paramétricos. (b) En variables paramétricas en las que resulta útil establecer un punto de corte para separar valores esperables de los que resultan indicativos de algún tipo de alteración psicológica.

Para un estudio pormenorizado de las tablas de contingencia se realizó un análisis de residuos (Sánchez Carrión, 1992). Al no poderse calcular ni la potencia estadística ni el tamaño del efecto se calculó el coeficiente de contingencia (Martínez Arias, comunicación personal, Julio, 1997), para ver el grado de dependencia, la covarianza.

- En la obtención de protocolos *Rorschach* de la muestra de no pacientes, de forma puntual y por condiciones de accesibilidad al grupo, se precisó la intervención de otros examinadores. En este caso, se analizó la posible influencia de éste hecho (Tabla 28) y el grado de *acuerdo entre puntuadores* (Tabla 29).

Tras haber descartado la presencia de depresión como patología consubstancial en la muestra de pacientes anoréxicas, surgió un **segundo objetivo**, consecuencia y complemento del anterior. Se decidió analizar la mayor cantidad posible de información aportada por los protocolos *Rorschach*, cuya valoración íntegra había sido necesaria para dar respuesta a la hipótesis inicialmente formulada sobre la variable depresión. Con ello se pretendía un doble objetivo: (a) Seguir las directrices de Exner (1986, 1993/1994) y otros sistematizadores de esta prueba, quienes señalan la necesidad de analizar el test de *Rorschach* en su totalidad a la hora de interpretarlo, considerando incorrecto sacar conclusiones a partir de un solo dato, sin relacionarlo con la constelación de variables en las que aparece inscrito y con el resto del protocolo. Se evitaría así reducir la investigación a una respuesta dicotómica de

ausencia/presencia de depresión, aportando información que matizaría la repercusión del problema afectivo en otras áreas de la personalidad evaluada. (b) Lograr una descripción de las **características de personalidad** de las pacientes anoréxicas y, si fuera posible, detectar diferencias significativas de esta patología respecto a los otros grupos evaluados.

Para ello, se siguió el esquema propuesto por Exner de analizar las variables por agrupamientos (Exner, 1986, 1993/1994), que recoge y sintetiza Sendín en su obra (Exner y Sendín, 1995). Las constelaciones analizadas fueron: (a) *Otras variables afectivas*, además de depresión; (b) *Capacidad de control*; (c) *Autopercepción*; (d) *Relaciones interpersonales*; (e) *Funcionamiento cognitivo*. En cada uno de estos agrupamientos se partió de la hipótesis de que se encontrarían diferencias significativas entre las tres muestras evaluadas. En total, se incluyeron 205 variables para cada uno de los 150 sujetos que componen el total de la muestra, lo que supone realizar un trabajo con alrededor de 31000 variables.

Los procedimientos estadísticos fueron los mismos que se habían previsto para la primera parte de la investigación, esto es, fundamentalmente ji-cuadrado y análisis de varianza. Posteriormente se decidió realizar un análisis discriminante con todas aquellas variables que habían resultado significativas en los diversos agrupamientos.

Los cuestionarios *MMPI* y *CBCL*, aplicados en su totalidad, sólo fueron analizados parcialmente y no se incluyeron en esta parte de la investigación. Esta forma de proceder vino determinada por la necesidad de acotar el campo de investigación, excesivamente amplio. No obstante, en la actualidad se dispone de un material muy rico sobre el que se tendrá que seguir investigando.

Se obtienen numerosos **resultados**, que se comentan y discuten ampliamente a lo largo

del desarrollo de la investigación, con sus consiguientes conclusiones e implicaciones, tanto teóricas como prácticas. De entre los considerados más relevantes, se pueden extraer los siguientes puntos.

- Se constatan **diferencias significativas** entre los tres grupos evaluados, en cuanto a trastorno afectivo se refiere:

- En el grupo de *pacientes diagnosticadas de depresión*, los tres instrumentos destinados a evaluar depresión y ansiedad (*Rorschach*, *MMPI*, *CBCL*), concuerdan al detectar la presencia significativa de ambas patologías en esta muestra (Depresión: *Rorschach*, $DEPI \geq 6$, $p < 0.01$; *MMPI*, *escala 2*, $p < 0.001$, potencia = 1, $\eta = 0.52$; *CBCL*, $p < 0.01$, potencia = 0.93, $\eta = 0.30$; Ansiedad: *Rorschach*, $C' p < 0.05$, *SumSH*, $p < 0.01$; *MMPI*, *escala 7*, $p < 0.001$, potencia = 0.99, $\eta = 0.36$; *CBCL*, $p < 0.01$, potencia = 0.93, $\eta = 0.30$).

- De igual forma, en el *grupo de control* estos mismos instrumentos coinciden al señalar la ausencia significativa de ambos trastornos.

- Sin embargo, en el grupo de *pacientes anoréxicas* los resultados de estos mismos tests no coinciden entre sí pero, al estar avalados por buenos niveles de significación, altas potencias estadísticas y tamaños de efecto medios, es necesario integrarlos. Se concluye que la organización de la personalidad de las pacientes anoréxicas no gira en torno a la depresión (*Rorschach*, *DEPI* no significativo), aunque se atribuyan conductas y síntomas que habitualmente categorizamos como tales (*MMPI*, *escala 2*, $p < 0.001$; potencia = 1; $\eta = 0.52$), pero en los que los aspectos más físicos de esta patología, posiblemente relacionados con la inanición, pueden tener un peso importante (Levit, 1989). Estos síntomas depresivos son corroborados por sus padres (*CBCL*; $p < 0.01$; potencia = 0.93; $\eta = 0.30$), pero no parecen ser consecuencia de un estado que afecte a su personalidad globalmente. La ansiedad, que suele estar presente en los cuadros depresivos, tampoco se

detecta en este grupo: no se constata ansiedad ni sufrimiento interno (*Rorschach: C' y Sum SH*, no significativos), estas adolescentes no manifiestan sentirse ansiosas (*MMPI: escala 7*, no significativa) y, aunque sus padres hablan de la presencia de ansiedad (*CBCL*), ésta no llega a alcanzar significación clínica. Probablemente los padres hagan referencia a las dificultades relacionales que surgen en torno al tema de la alimentación, de las que ellos son los principales receptores.

No obstante, en el grupo de pacientes anoréxicas se aprecia mayor comorbilidad depresiva que en el grupo de control, aportándose diversas hipótesis explicativas a este hecho, como son: la influencia de la malnutrición en los marcadores biológicos de la depresión (Abou-Saleh, Oleesky, Crisp, & Lacey, 1986; Boning, & Kachel, 1990; Casper, & Davis, 1977; Fitcher, Pirke, & Holsboer, 1986), el mismo hecho de la hospitalización, generador de ajustes con posibles alteraciones afectivas (Cavanaugh, 1986; Polaino y Lizasoain, 199), etc. Probablemente, dentro de la patología anoréxica, pueda hablarse de la existencia de dos subgrupos claramente diferenciados: la AN que cursa con depresión y la AN que cursa sin depresión. Los resultados del Análisis Discriminante y las investigaciones de otros autores (Biederman et al., 1984; Biederman, Habelow, Rivinus, Hartmatz, & Wise, 1986; Cachelin, & Maher, 1998; Geist, Davis, & Heinmaa, 1998) parecen apoyar esta posibilidad.

- Se evidencia la necesidad de utilizar varios **instrumentos de medida** en la evaluación psicológica de la personalidad, pues el empleo de pruebas únicas (*Rorschach* o *MMPI*), por muy válidas que estas sean, puede llevar a conclusiones parciales y, por tanto, simplistas o erróneas. En nuestro caso, si se hubiera utilizado únicamente *Rorschach* o *MMPI*, sólo se habría detectado una parte del problema, con conclusiones incluso contradictorias al considerarlas aisladamente: ausencia (*Rorschach*) o presencia (*MMPI*) de depresión. Sin

embargo, al utilizar ambas pruebas, se constata que ambas respuestas son verdaderas y que cada una por sí sola hubiera resultado insuficientemente explicativa de la complejidad de presentación de la patología anoréxica.

- Se ofrece una **estadística descriptiva** de muestras españolas de adolescentes (Tablas 30, 31 y 32), inexistente hasta este momento. Se señalan sus diferencias con los baremos americanos (Exner 1993/1994) y la necesidad de potenciar investigaciones que aporten datos normativos propios para evitar los sesgos culturales y lograr un uso más adecuado de los tests. Se indican las limitaciones de los estadísticos aportados, útiles como datos orientativos, pero no generalizables a la población debido al tipo de muestreo realizado.

- Se presenta una descripción detallada de las **características de personalidad de las pacientes anoréxicas**, a través del análisis de los agrupamientos *Rorschach*, que ayuda a comprender mejor tanto su patología como las dificultades que entraña su tratamiento. Entre ellas:

- Se señala como fundamental y claramente diferenciador, respecto a los otros grupos evaluados, un trastorno en su funcionamiento cognitivo, concretamente en la ideación o conceptualización de perceptos (*M*, $p < 0.05$, potencia = 0.68, $\eta = 0.24$; *MQo* $p < 0.05$, potencia = 0.74, $\eta = 0.24$; *MQsin* $p < 0.05$, potencia = 0.64, $\eta = 0.20$; *Mp*, $p < 0.05$, potencia = 0.78, $\eta = 0.26$; *pasivo*, $p < 0.05$, potencia = 0.77, $\eta = 0.24$). Su pensamiento, habitualmente bien ajustado (*MQo*), presenta eventuales operaciones de tipo delirante (*MQsin*). Además, su reflexión está marcada por una gran pasividad, que las hace más vulnerables a la aceptación de ideas sin someterlas a crítica y supone un pensamiento muy poco eficaz, con reflexiones en cortocircuito, que no busca soluciones, entrando en una especie de rumiación totalmente improductiva.

- La autopercepción aparece igualmente alterada [*(II)*, $p < 0.05$, potencia = 0.78, $\eta = 0.26$],

totalmente fantaseada. Los resultados *Rorschach* indican que más que un trastorno perceptivo ($X\%$), que comparten con los otros grupos evaluados, lo característico de las pacientes anoréxicas es la presencia de una autoimagen muy distorsionada [(H)], fruto de experiencias imaginarias, que no se sustenta en datos de realidad, por lo que resulta más difícil de modificar.

➤ Uniendo ambos hallazgos: alteración de pensamiento y de autopercepción, puede comprenderse que estas adolescentes, estando en un periodo evolutivo de grandes cambios y desorientaciones en relación a la propia imagen, rechacen su propio cuerpo, basándose en datos fantaseados e irreales [(H)] y acepten sin crítica (*Mp*) ideas irracionales culturalmente dominantes, como la delgadez como modelo único de éxito y de solución de problemas, quedando atrapadas en estas ideas distorsionadas (*MQsin*), de las que no pueden salir ni hacer crítica (*Mp, pasivo*), aunque razonen adecuadamente en otros temas que no les resulten conflictivos (*MQo*).

El Análisis Discriminante corrobora estos resultados aportando una función diferenciadora [*MQsin* ↑, *Mp* ↑, *FD* ↓, *M* ↑, *MQo* ↑, *Adj D* ↑, *Sum H* ↑, (*H*) ↑], en la que ambos agrupamientos, ideación y autopercepción, están incluidos.

Las implicaciones terapéuticas de estos resultados son evidentes, pues mientras no se modifique su ideación y su autoimagen la anorexia va a persistir. Por ello, al diseñar un plan de intervención terapéutica global para estas pacientes, deberá incluirse una parte del mismo encaminada a modificar esta ideación alterada, para lo cual la reestructuración cognitiva parece ser la terapéutica idónea. Resulta evidente que una patología tan compleja requiera la intervención coordinada de diversos profesionales, desde la integración de distintos modelos teóricos (García Alba, 1996).

Del mismo modo, autopercepción e ideación aparecen como líneas de investigación que

pueden resultar útiles y clarificadoras.

➤ Se hipotetiza sobre la presencia de un trastorno de la personalidad (TP), hipótesis que deberá ser ulteriormente contrastada pues, debido a importantes problemas conceptuales y metodológicos, las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento sobre AN y TP presentan resultados muy dispares (Chinchilla, 1995).

- Llama poderosamente la atención la **vulnerabilidad del grupo de control**, el riesgo de generar algún tipo de patología que se detecta en estas adolescentes. De confirmarse este resultado con una muestra más representativa, tendría importantes implicaciones prácticas y de prevención. Sería necesario desde sectores como los comunitarios, educativo, etc., dotar a nuestros adolescentes de mayores recursos u operativizar mejor los que poseen, para posibilitar unas relaciones con su entorno más satisfactorias, evitando con ello conductas desadaptativas como forma de evasión ante las dificultades o trastornos claramente patológicos como la depresión o la AN.

- Se evidencia la necesidad de realizar diagnósticos finamente matizados en la **patología depresiva** que padecen estas adolescentes. En efecto, en el grupo de pacientes diagnosticadas de depresión, la mayoría de estos trastornos se deben a su indefensión e inhabilidad social ($DEPI \geq 6 + CDI \geq 4$, $p < 0.05$, $cc = 0.21$), que determina experiencias de fracaso cuando interactúan con su entorno, por lo que estas adolescentes acaban deprimiéndose. Esta diferenciación tiene importantes implicaciones terapéuticas, pues el tratamiento requerido supone un incremento de sus habilidades sociales y no un tratamiento farmacológico con antidepresivos, útil en otros tipos de depresión pero que en estos casos resultaría ineficaz a largo plazo y yatrogénico.

- Finalmente, cabe señalar que éstos y los restantes resultados obtenidos, hasta ahora simplemente esbozados, se han ido integrando entre sí y se han puesto en relación con las

aportaciones de otros investigadores, señalando tanto sus puntos convergentes como sus divergencias. Con ello, se han ido configurando claramente las diferencias psicológicas que existen entre estas tres muestras evaluadas, el nivel de conocimientos actuales sobre AN y D y las incógnitas que estas patologías todavía plantean.

La investigación que a continuación se va a desarrollar consta de los siguientes *apartados*:

I. Introducción.

II. Una breve referencia a los **aspectos teóricos** que constituyen el marco de referencia de esta investigación, por lo que se hace mención a los principales temas.

- *Adolescencia*: Las edades de los sujetos que componen la muestra se sitúan en este periodo evolutivo, por lo que se señalan los cambios que tienen lugar en esta etapa, haciendo una mención muy escueta de los principales modelos teóricos y las implicaciones que éstos tienen en la evaluación de la personalidad.
- *Anorexia nerviosa*: Esta patología constituye el vector principal de la investigación, por lo que se desarrolla en profundidad, aunque no de forma exhaustiva. Se sitúa el tema con una descripción clínica y de los criterios diagnósticos más utilizados; datos epidemiológicos; aspectos que requieren una evaluación adecuada; tratamiento y etiopatogenia desde las diversas perspectivas teóricas.

La patología depresiva, por su amplitud y porque uno de los objetivos previos de la investigación era no enfatizar los aspectos más teóricos del trabajo, se ha omitido como entidad propia, limitándose a aportar, desde diversas disciplinas, algunas de las referencias existentes sobre las conexiones entre AN y D.

- La utilización del test de *Rorschach* en la investigación y su uso combinado con el

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

III. **Método.** Se describen los objetivos de la investigación; los materiales utilizados; las características de las muestras y el procedimiento que se ha seguido para su obtención; los estadísticos que previamente se eligieron como más idóneos; los posibles sesgos del examinador y el acuerdo entre puntuadores. El trabajo estadístico realizado se adjunta en el Apéndice 2.

IV. Se ofrecen los **resultados**, con una síntesis al final de cada apartado, momento en el que se discuten con los aportados por otros autores.

V. Se sintetizan las **conclusiones**, sus implicaciones y las hipótesis que han generado.

A continuación se pasa a desarrollar cada uno de estos apartados. La idea que ha prevalecido, a lo largo de toda la exposición, ha sido la de ceñirse a aportar el material estrictamente imprescindible para situar cada uno de los temas, debido a la amplitud y diversidad de los mismos. La inclusión del test *Rorschach* en este trabajo ha supuesto una dificultad adicional de comunicación debido, especialmente, a su especificidad, por lo que se hace necesario recurrir a continuas referencias teóricas, al fundamentar las conclusiones e inferencias aportadas en esta investigación.

II.- ASPECTOS TEÓRICOS.

II.1.- ADOLESCENCIA.

II.1.1.- Desarrollo normal en la infancia y adolescencia.

Los principios generales del desarrollo derivan de la propuesta darwiniana de que las crías requieren cuidados prolongados; éstos son obligados debido a la inmadurez relativa de las estructuras que permiten la supervivencia independiente. El crecimiento, la maduración y el desarrollo son los aspectos centrales del proceso y generan un funcionamiento adaptativo maduro y una organización adulta. El curso del desarrollo se caracteriza por diferenciaciones e integraciones entre los sistemas neurológicos, psicológicos y sociales. Cada nueva integración y reorganización jerárquica da como resultado una nueva estructura que aporta nuevas funciones y adaptaciones. El desarrollo tiene lugar tanto de forma continua como discontinua, como ponen de manifiesto los cambios bioevolutivos preconizados por algunos teóricos del desarrollo.

Se ha convenido en representar la *adolescencia* como un puente entre la segunda infancia o latencia y la edad adulta. También significa una discontinuidad en el desarrollo basada en factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan un periodo distinto debido a la ruptura en la conducta, los cambios bruscos del humor y las dificultades vitales, así como los conflictos y disputas familiares, considerados como la norma (Shapiro y Hertzig, 1995/1996). Sin embargo, aún quedan ciertos interrogantes sobre cómo definirla o sobre si existe en sociedades que no pertenecen a la cultura occidental (Essman, 1990; Stone, & Church, 1957a). Concretamente, Stone y Church (1957a) hablan del concepto de adolescencia como de una “invención cultural”, que debe ser definido dentro del contexto de expectativas sociales en las que se observa su desarrollo. Señalan que se han ido sucediendo variedad de costumbres, normas y leyes para definir y describir este periodo, con amplias diferencias culturales y, a menudo, con áreas muy marcadas de ambigüedad. Este equívoco se observa en controversias tales como los periodos de edad implicados en

este concepto, con criterios tan distintos como lo son los diversos autores, épocas y culturas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido unas cifras de edad que, debido a la gran influencia de este organismo, tienen como ventaja su operatividad.

Tabla 1. *Periodo adolescente (OMS).*

Se consideran adolescentes entre 10 y 19 años.	
Primera adolescencia: Adolescencia temprana	de 10-14
Segunda adolescencia: Adolescencia tardía	de 14-19

Desde nuestro punto de vista, estas edades son poco adecuadas en los once o doce años, ya que, por lo menos en nuestro medio, ni la psicología ni la psicopatología son propiamente las que corresponden al periodo adolescente.

II.1.1.1.- Perspectivas teóricas.

No existe un único enfoque en psicología evolutiva y la delineación de los procesos evolutivos está ligada al método y al marco teórico de referencia. Los modelos psicoanalítico, biológico, psicosocial, etc. son algunos ejemplos de posiciones representativas.

- **Perspectiva biológica:** Todas las teorías biológicas consideran la adolescencia como una fase única del desarrollo humano y están de acuerdo en los cambios biológicos y fisiológicos que marcan su comienzo. Sin embargo, difieren al considerar la importancia y repercusión de estos cambios biológicos en los procesos psicológicos. Incluso utilizan los mismos hechos empíricos como base de diferentes modelos teóricos de interpretación; tal es el caso de autores como Hall, Gesell, Piaget, Kretschmer, o Remplein, entre otros:

➤ G. Stanley Hall (1904), introduce la *teoría de la recapitulación*, según la cual, cada

individuo pasa por una serie de estadios que repiten la historia de la humanidad. Hall elige la tormenta y el estrés como característicos de la adolescencia, expresada mediante tendencias extremadamente contradictorias, que hacen de esta fase del desarrollo una etapa de inestabilidad, en la que el individuo puede fluctuar entre extremos emocionales, sociales e ideológicos y en la que se recapitula el comienzo de la civilización moderna.

Los estadios del crecimiento están dominados por factores biológicos; el desarrollo es inevitable y está determinado por fuerzas internas, dejando poco lugar para la consideración de los factores ambientales.

➤ Gesell, en su teoría del *desarrollo normativo* (Gesell y Amatruda, 1946/1962), hace un intento de unificar los principios que derivan de la embriogénesis y las secuencias normativas que generan las conductas observadas. Asume que el desarrollo mental es, como todo desarrollo, un proceso de diferenciación e integración. Los factores ambientales pueden facilitar o inhibir el desarrollo, pero su dirección básica está trazada por fuerzas madurativas. El desarrollo consiste en una oscilación a lo largo de una espiral hacia la madurez, en la que la progresión y la regresión parcial hasta lograr una mayor progresión, caracterizan el curso del cambio evolutivo.

Este autor analiza, durante la infancia, cuatro áreas de conducta (motora, adaptativa, lenguaje y personal/social) y describe tablas cronológicas normativas. Ve la adolescencia como un periodo transitorio entre la infancia y la adultez, en el que las diferencias aparecen de año en año, dentro de niveles adyacentes de edad, con estadios alternativos de calma y de mayor tensión.

➤ El enfoque de Piaget (1933/1973) sobre el desarrollo, parte de comprender cómo los niños llegan a saber lo que parecen saber. Describe los estadios sensorio-motor, preoperacional, operacional concreto y operacional formal (1959/1972), como aquellos por

los que transcurre el niño en su camino hacia la conducta inteligente abstracta.

➤ Kretschmer (Kretschmer, 1925; Rubinstein, 1967) centra su atención en tres *tipos corporales* básicos: pícnico, atlético y asténico. Cada uno de ellos representa una predisposición a ciertas tendencias psicológicas principales. Según este autor, la adolescencia es una fase evolutiva con características esquizoides y el grado de turbulencia experimentado por el adolescente está correlacionado con su tipo corporal.

➤ Rempelin (1968), con su teoría de los *estratos de la personalidad*, sigue estrechamente un concepto genético del desarrollo cerebral. (1) El estrato más bajo de la personalidad consta de aquellos procesos psicológicos relacionados con las funciones corporales que preservan la vida y de las funciones psicológicas relacionadas con los órganos corporales. (2) El segundo estrato es el endotímico, asiento de las emociones. (3) El tercer estrato de la personalidad es el estrato personal, representado por las funciones del yo: conocimiento y voluntad; es la capa que organiza y dirige los elementos de otras capas, en formas específicas de conducta. Este modelo no considera el cambio evolutivo como continuo, sino más bien como una superposición de nuevas capas en las viejas.

- La **visión psicoanalítica** de la infancia deriva, inicialmente, de inferencias retrospectivas y reconstructivas. Freud sugiere que la represión es el mecanismo principal que esconde y modifica los postulados pensamientos sexuales perversos polimorfos infantiles de los individuos neuróticos. Introduce la teoría de la libido para describir la secuencia madurativa que atraviesan los niños (Freud y Breuer, 1905/1972). También apunta una jerarquía de señales peligrosas que los niños deben evaluar y afrontar: la indefensión durante los primeros meses de la vida; la separación entre los 7-12 meses; la ansiedad de castración o ansiedad por la integridad corporal entre los 3-6 años y, por último, el peligro de ser castigado por la culpa proveniente de un sistema de valores internalizado (Superego). A

medida que tiene lugar el desarrollo, este peligro va tomando una configuración diferente, progresando del miedo a la pérdida del objeto al miedo a la pérdida del amor del objeto. Para Freud, el complejo de Edipo representa la línea divisoria entre líneas evolutivas previas y una configuración focal del conflicto. Psicoanalistas posteriores llevaron a cabo observaciones directas sobre niños:

➤ Melanie Klein postula, en su obra, la existencia de tempranas fantasías agresivas en el bebé contra los objetos internalizados, lo que da lugar a una serie de ansiedades y defensas, concretadas en las posiciones esquizoparanoide y depresiva (1946/1975; 1952/1975), que forman parte del desarrollo normal. Las llama “posiciones” y no etapas o fases, porque son situaciones de relación entre el Yo y el objeto internalizado a través de fantasías. Esta autora supone un Yo temprano (1957/1976; 1933/1975) que precede al Edipo y que es iniciado por la introyección del objeto primario.

➤ M. Malher (1968/1972) aporta una teoría descriptiva sobre el proceso por el que el bebé se convierte en un niño independiente y autónomo. En el desarrollo normal distingue: (a) Durante el primer mes de vida una fase autista, caracterizada por un narcisismo primario absoluto; (b) Entre los 3-10 meses una etapa simbiótica, en la que el niño se comporta como si él y su madre fueran un sistema omnipotente dentro de un límite común; (c) Finalmente, a partir de los 36-42 meses una fase de separación-individuación, que supone la instauración de la constancia de objeto y de la individuación.

➤ Spitz (1958/1972) señala tres organizadores y su función en el desarrollo de la conducta humana: (1) La respuesta de la sonrisa como conector entre acontecimientos externos e internos; (2) El miedo ante los extraños como indicador del vínculo con un “otro” específico; (3) El desarrollo de la señal del “No”, que refleja la total internalización e individualización del niño que se ha convertido en una persona, con voluntad propia,

separada de la madre. El proceso de separación-individuación incluye un número de subestadios que culminan en el vínculo y la constancia del objeto, llevando a una actuación independiente.

➤ Erikson (1956) ha reelaborado las posiciones psicoanalíticas a la luz de la investigación cultural antropológica. Su eje principal está en los procesos por los que el individuo desarrolla su identidad del Yo. Según Erikson, cada persona recorre una serie de estadios en la búsqueda de esta identidad (las ocho edades del hombre) y su progreso depende de la resolución satisfactoria de cada uno de los estadios previos. Sugiere que la necesidad del adolescente de lograr una auto-definición psicológica, frecuentemente conlleva desviaciones del desarrollo, que denomina “identidad confusa”.

➤ Quizá cabría mencionar en esta apartado a Bowlby pues, aunque no es psicoanalista, construye una psicología evolutiva humana a partir de la síntesis de conceptos psicoanalíticos y etológicos, prestando atención tanto a los componentes sociales como a los componentes biológicos del vínculo (1969; 1980/1983). Sus trabajos se han visto ampliados por una serie de investigaciones basadas en paradigmas experimentales.

• **Perspectiva psicológica:** Estos teóricos, centran su interés en los procesos psicológicos, que constituyen el núcleo del desarrollo evolutivo. Construyen sus teorías sobre la base del estudio de diversos aspectos de la experiencia individual humana como conciencia, percepción de valores, conflicto interno, estrés, etc. Las dos figuras más representativas de esta posición son Lewin y Spranger:

➤ K. Lewin aplica sus conceptos de *teoría de campo* (1973) para analizar el mundo subjetivo del adolescente. Según esta teoría, la conducta es función de la persona y de su ambiente. La suma de todos los factores interactivos, ambientales y personales, constituye el espacio de vida o espacio psicológico. El espacio de vida del niño depende del estadio de su

desarrollo y su grado de diferenciación creciente se verá afectado por: (a) La tasa de cambio; en la adolescencia los cambios son rápidos y repentinos y, por ello, es probable que se produzcan periodos de estrés y desorganizaciones dentro de ese espacio de vida. (b) La presencia de fuerzas conflictivas, originadas en su organismo o en el ambiente, en varios puntos en desarrollo. El análisis del nivel de fuerzas conflictivas durante la adolescencia, constituye un criterio fundamental para el enfoque de Lewin en la comprensión de este periodo evolutivo. Por ejemplo, una fuente de conflicto y estrés para el adolescente en nuestra sociedad deriva de la ambigüedad con la que es tratado por los adultos, que no aceptan ciertas formas de conducta infantiles, que todavía tienen fuertes valencias para el adolescente y, sin embargo, no le permiten reemplazar esas conductas infantiles por otras adultas, que también tienen fuertes valencias para él, como por ejemplo, tener relaciones sexuales.

➤ E. Spranger (Rubinstein, 1967) mantiene que el cambio psicológico no se puede explicar por cambios fisiológicos, aunque no niega ciertos efectos de los cambios endocrinológicos. Su enfoque metodológico es el de la comprensión más que el de la explicación causal y la predicción.

Considera la adolescencia como un periodo de transición durante el cual se establece una jerarquía de valores. Las diferencias en la jerarquía de valores provocarán diferentes patrones de cambio. Distingue tres patrones de desarrollo adolescente: (1) El primer patrón consta de cambios radicales y dramáticos, que acompañan al cambio en la percepción de sí mismo. (2) El segundo se refiere a un lento y continuo cambio en el que el individuo adopta, gradualmente, los valores culturales mantenidos por su sociedad, sin alteración básica de su personalidad. (3) El tercer patrón se refiere a un proceso de crecimiento en el que el adolescente logra sus metas, a través de la auto-disciplina y del esfuerzo activo. El

descubrimiento del yo es un concepto central en su formulación del cambio estructural de la adolescencia.

- La **perspectiva psicosocial**, sin descartar la influencia de los procesos psicológicos, destaca la influencia del ambiente social y el papel de los procesos interactuantes entre el adolescente y su sociedad:

- Havighurst (Havighurst, & Taba, 1949; Wolman, 1972) investiga el concepto de *tarea evolutiva*, que se define en relación con las metas y criterios que la sociedad espera se cumplan en determinados estadios del desarrollo. Este autor define las tareas evolutivas para cada nivel. En la adolescencia las tareas son: aceptar el físico, las relaciones con los iguales de ambos sexos, la independencia emocional de los padres, la competencia intelectual, etc.

- Desde una **perspectiva sociológica**, se mantiene que en una sociedad compleja la adolescencia representa una fase del desarrollo en la que la maduración física y mental se adelanta a la maduración social, mucho más tardía. La posición de la adolescencia viene determinada sociológicamente por una serie de factores, como son: el empleo ocupacional, el control reproductivo, la organización de la autoridad, la adquisición cultural, etc.

- La **perspectiva cultural**, que recibió un gran impulso a partir de los estudios de cultura comparada de M. Mead (1928), minimiza la influencia de los aspectos fisiológicos en la adolescencia y describe las diferencias sociales y culturales existentes en un país y muestra cómo influyen marcadamente en la conducta.

- A pesar de estas discrepancias en el enfoque del tema adolescente, parece haber consenso cuando se hace referencia a las tres importantes áreas de desarrollo (biológica, cognitiva y psicológica/emocional) que concurren, con relativa independencia y que sirven para definir algunos de los logros básicos alcanzados durante este periodo (Archer, 1987).

A continuación, se pasa a comentar brevemente los cambios que tienen lugar en esta

etapa del desarrollo, con los retos y dificultades que conllevan y que el adolescente debe afrontar.

II.1.1.2.- Pubertad.

Es evidente que durante la adolescencia suceden una serie de cambios físicos: endocrinológicos, bioquímicos y fisiológicos. Stone y Church (1975b) señalan que el adolescente puede incrementar su altura en un 25% y su peso en un 100%. El típico “estirón” adolescente se inicia en las mujeres unos dos o tres años antes que en los varones, aunque hay amplias diferencias individuales, tanto en el crecimiento biológico como en la maduración sexual de ambos sexos. A menudo, los cambios físicos asociados con el inicio de la pubertad son claros signos del desarrollo adolescente, siendo los más típicos la aparición del vello púbico, el crecimiento de los testículos y el pene en el varón y la primera menstruación y el desarrollo del pecho en la mujer. Biológicamente la pubertad hace referencia al hecho de adquirir la capacidad de procrear como un miembro maduro de la especie, lo que es primordial para la supervivencia y tiene gran importancia desde el punto de vista psicosocial, porque las características externas de ambos sexos se convierten en signos sociales de relevancia.

Los cambios físicos se deben a la activación de la función hipotalámica que, a su vez, estimula las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis. Estas hormonas generan la liberación periférica de las hormonas estrogénicas y luteínicas así como la testosterona, especialmente en los varones. Se cree que estos cambios se coordinan con la maduración de las células hipotalámicas. En el Sistema Nervioso Central (SNC) las conexiones dendríticas alcanzan niveles adultos y disminuye la alta intensidad de proliferación observada alrededor de los siete años. También se producen cambios encefalográficos a los 14 años de edad, cuando el

patrón maduro de ritmo alfa queda bien establecido.

El esfuerzo por adaptarse rápidamente a su nuevo aspecto físico, influye en el contenido psicológico del adolescente, que debe revisar su imagen corporal en el preciso momento en el que le invade una gran agitación afectiva y en el que siente a menudo que su cuerpo es algo extraño a él (Schonfeld, 1969/1973). Aumenta su preocupación por su aspecto físico, pasa mucho tiempo comparándose con los demás y los modelos culturales dominantes, los estereotipos y valores concernientes al aspecto físico adquieren gran relevancia (Morandé y Casas, 1997). Estudios reiterados (Seidman, 1960) han demostrado que cuánto más perturbado está un adolescente, menos tolerante se muestra con su aspecto físico, dándose una correlación bastante alta entre las dificultades en la adaptación psicológica y social y el excesivo interés por el cuerpo.

II.1.1.3.- Organización cognitiva.

Mientras se producen estos cambios corporales, tiene lugar el desarrollo intelectual y cognitivo. El trabajo de Piaget y sus colaboradores permite una aproximación a la comprensión de estas modificaciones cognitivas en relación a la edad, a los cambios fisiológicos y al entorno. Concretamente, Piaget (1959/1972) señala que la inteligencia operatoria, adquirida a los siete años, avanza hacia la inteligencia abstracta de la adolescencia. Durante la adolescencia temprana, el joven hace la transición del estadio de las Operaciones Concretas al estadio de las Operaciones Formales, que se caracteriza por la posibilidad de manipular ideas o teorías y conceptos. Por ello, el adolescente es capaz de distinguir “lo real” de “lo ideal” y puede comprometerse apasionadamente en conceptos y nociones abstractas; así empieza a pensar en su mundo de una forma nueva, incluyendo la habilidad para “pensar sobre el pensamiento”.

II.1.1.4.- Cambios psicológicos y emocionales.

Los conocimientos clínicos acumulados sugieren que los adolescentes deben negociar una serie de problemas y resolver diferentes conflictos antes de considerarse adultos. Shapiro y Hertzig (1995/1996) enumeran los que se reproducen en la siguiente tabla y que se comentarán a continuación:

Tabla 2. *Conflictos evolutivos de la adolescencia.*

❖ Dependencia vs. independencia.
❖ Permisividad vs. control intelectualizado.
❖ Familia vs. grupo de amigos.
❖ Normalización vs. intimidad.
❖ Idealización vs. devaluación.
❖ Identidad y carácter.
❖ Sexualidad.
❖ Reconstrucción de las defensas (Estilo).

➤ *Dependencia versus independencia:* Esta interacción se refiere a la lucha intrapsíquica para emanciparse del núcleo familiar y permitir el desarrollo de las ambiciones propias y personales. Esta lucha tiene raíces tanto biológicas como sociales.

➤ *Permisividad versus control individualizado:* La adolescencia puede ser un periodo de experimentación con respecto a la sexualidad, drogas, etc. Las habilidades cognitivas, recientemente formadas, también permiten que la intelectualización se utilice como un mecanismo de control, tanto en forma defensiva como en forma de herramienta interpersonal para resistir estas experiencias y definir los propios objetivos.

➤ *Familia versus grupo de compañeros:* La formación de estos grupos conlleva la

intención de alejarse de la vida familiar hacia otros objetivos. El hecho de que este alejamiento se utilice como una sustitución o una regresión de la vida familiar, depende de cómo se use el grupo y de cómo el adolescente determine su papel en este grupo.

➤ *Normalización versus privacidad:* Aunque el adolescente se adhiera a grupos, también ansía la intimidad a puerta cerrada, las conversaciones telefónicas secretas, los diarios, etc. Estos son sólo algunos ejemplos de la necesidad de contrarrestar el impulso de comunicar con la necesidad de esconder y de lo intelectualizado, sentimental o melancólico que puede ser el adolescente.

➤ *Idealización versus devaluación:* En esta etapa se suele invertir mucho tiempo en idealizar o devaluar a los adultos o a los compañeros. Estas idealizaciones y devaluaciones son frágiles y, frecuentemente, pierden su poder tan rápidamente como aparecieron. La secuencia tradicional implica el detrimento de los propios padres mientras se ensalza una figura pública o un profesor especial. La necesidad de devaluar a los padres es un medio psicológico para frenar su autoridad, alejarse de los instintos familiares y dirigirse hacia los objetivos sustentados, fuera de la familia.

➤ *Identidad y carácter:* Erikson (1956) describe con detalle el concepto de la formación de la identidad del Yo durante la adolescencia, como el conjunto de elementos de identidad convergentes que suceden al final de la infancia alcanzados a través de un proceso de "crisis normativa". La identidad del Ego incluye para Erikson tanto el sentido consciente de la identidad individual como las luchas inconscientes para una continuidad del carácter personal.

El adolescente intenta establecer su continuidad con el pasado y elaborar mentalmente las diversas y a veces fragmentadas idealizaciones e identificaciones para , finalmente, formar una unidad coherente en el carácter. Por ello, la identidad no sólo se extiende hacia atrás,

sino que se proyecta hacia adelante en forma de objetivos establecidos, propósitos y estilo de vida previstos.

➤ *La sexualidad:* Puede considerarse una subestructura de la identidad. En las fases tempranas del funcionamiento sexual hay un recrudescimiento de la masturbación, especialmente en los varones. Sólo cuando el adolescente llega a la segunda mitad de la adolescencia, da paso a una actividad sexual más diferenciada que se guía por fantasías sobre los demás, con una determinación más clara del componente mental en el placer. Sea su objeto heterosexual u homosexual, el impulso madurativo va dirigido a permitir que la propia sexualidad se exprese como una postura para la afiliación, que en último término proporcionará afecto y placer físico.

Una de las consecuencias del desarrollo sexual es el conflicto que se plantea entre un organismo que biológicamente ya es maduro, pero que todavía depende de la ayuda familiar, tanto psicológica como socialmente.

➤ El final de la adolescencia se produce cuando el sujeto empieza a asumir tareas propias del adulto joven. En este periodo tiene lugar el apogeo del desarrollo biológico, la aceptación de nuevos roles sociales y la socialización de estos roles, lo que le obliga a aprender técnicas y actitudes adecuadas para llegar finalmente a reconocerse como un ser adulto independiente.

II.1.2.- Curva del desarrollo adolescente.

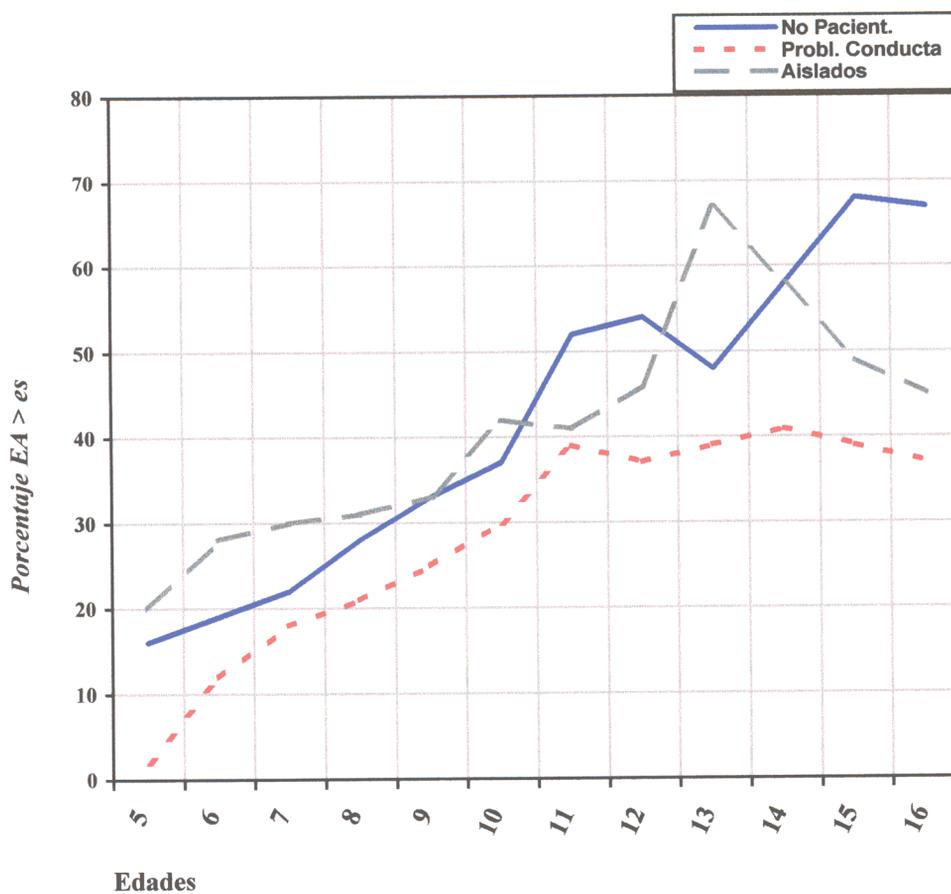
John Exner en el volumen 2 de su obra, *The Rorschach: A Comprehensive System* (1978), proporciona una interesante aportación sobre el impacto que producen estas fuerzas que se desarrollan durante la adolescencia. En este volumen, presenta los datos que sustentan la interpretación de los principales índices del Sistema Comprensivo en

Rorschach, incluyendo los que se refieren a la relación *EA: es*. Dentro de este Sistema, *EA* (experiencia actual) representa la suma de los recursos organizados de que dispone el sujeto para dirigir sus conductas. Concretamente, *EA* representa la suma de respuestas de movimiento humano (*M*) y de las respuestas de color (*C*, *CF* y *FC*, con distinto peso en la fórmula) producidas por el sujeto en respuesta al estímulo de las láminas. Por el contrario, *es* (experiencia estimular) representa la suma de factores que están incidiendo en el sujeto, los recursos que no están bajo su control y supone la suma de respuestas de sombreado (*Y*, *V*, *T*), color acromático (*C'*), respuestas de movimiento animal (*FM*) y de movimiento inanimado (*m*). La relación *EA: es* conceptualmente representa el balance relativo entre los recursos de los que dispone el sujeto para iniciar y dirigir sus conductas (*EA*), versus el grado en el que algunas fuerzas están impactándole y actuando sobre él (*es*) de forma no organizada, escapando a su control. La suma mayor de *EA* en relación a *es* ($EA > es$), indica una buena capacidad por parte de la persona para iniciar y dirigir sus conductas de forma competente, controlada y regulando la impulsividad.

En la Figura 1, se recogen los datos normativos proporcionados por Exner (1978) sobre el crecimiento de la curva *EA: es*, en tres muestras de niños: no pacientes, niños con alteraciones de conducta y niños con problemas de aislamiento. El desarrollo de la curva en la muestra de no pacientes, resulta de especial interés para este comentario sobre el desarrollo adolescente pues la Figura 1 muestra claramente que, con el crecimiento, se produce un incremento continuo del porcentaje de niños que presentan un valor en *EA* mayor que en *es*, salvo con una notable excepción: A la edad de 13 años, es decir al inicio de la adolescencia, hay una marcada regresión del crecimiento de la curva para este grupo de no pacientes. Sin embargo, a los 14 años se produce de nuevo un incremento de los adolescentes que muestran recursos organizados superiores a los no organizados. Este dato

indica claramente que durante el curso del desarrollo normal, al inicio del periodo adolescente, aparece un factor o un conjunto de factores que repercuten en el control de la conducta y en la capacidad para tolerar situaciones de estrés. Parece que, en los adolescentes que retoman luego el desarrollo normal, tiene lugar un ajuste psicológico que les permite reasumir el crecimiento y la maduración. En cambio, en aquellos que desarrollan problemas de conducta o en los que son diagnosticados de aislados, se produce, durante el resto de la adolescencia, una reducción de su capacidad para tolerar tensión, controlar sus impulsos y organizar y dirigir sus conductas de forma competente.

Figura 1. Porcentaje de EA > es según la edad (Exner, 1978).



Un estudio más detallado de los datos normativos de estos grupos de referencia indica que los bajos niveles hallados, tanto en el grupo que manifiesta problemas de conducta

como en el grupo diagnosticado de aislado, se producen por el aumento de respuestas de sombreado y color acromático, lo que indica la existencia de sufrimiento afectivo durante este proceso. Por el contrario, en el grupo de adolescentes “normales”, el número de respuestas de sombreado y color acromático permanece relativamente constante y hay un incremento continuo del número de respuestas de movimiento humano y de color cromático, índices de los recursos cognitivos y emocionales de los que dispone el sujeto.

En suma, los datos presentados por Exner indican, de forma muy clara, que durante el inicio de la adolescencia ocurren hechos muy significativos en el desarrollo del niño, que tienen marcadas consecuencias en su evolución ulterior. Se han comentado ya los tres factores que producen este efecto en la adolescencia: cambios físicos y cognitivos fundamentales unidos a procesos psicológicos únicos. A pesar de que hay acuerdo entre los diversos autores sobre estas tres áreas del desarrollo adolescente, una cuestión fundamental continúa preocupando: Cómo ajustan estas fuerzas y estos cambios los chicos normales del estudio de Exner (1978). Aún a riesgo de simplificar mucho la cuestión, se puede decir que se han adoptado dos puntos de vista contrapuestos para responder a esta pregunta. Uno que proviene de estudios teóricos y de casos estudiados por observación; el otro, desarrollado a partir de investigaciones y estudios empíricos. Ambos modelos se comentan a continuación.

II.1.3.- Contrastando puntos de vista sobre el desarrollo adolescente.

Archer (1987) sintetiza las distintas perspectivas sobre el tema adolescente en dos posturas que resultan importantes pues, la adscripción a una u otra por parte del clínico, va a repercutir en su actitud ante la evaluación psicológica que vaya a realizar.

- Como se ha comentado anteriormente, una perspectiva histórica del desarrollo adolescente ha enfatizado el modelo de la adolescencia como un periodo de tumulto y estrés

(Hall, 1904), caracterizado por una extrema variabilidad tanto en la conducta como en las emociones. Esta concepción ha tenido una gran influencia en ulteriores aproximaciones teóricas:

➤ Anna Freud (1958, 1980) sostiene que el proceso típico del desarrollo adolescente pasa por una serie de convulsiones emocionales que se reflejan en problemas de conducta y que los adolescentes que no muestran rasgos de turbulencia y ajuste tienen mayor riesgo de desarrollar serios síntomas psicopatológicos al llegar a la edad adulta.

➤ Peter Blos (1970/1993; 1979/1981) también defiende que los adolescentes manifiestan con frecuencia varios grados y tipos de sintomatología, que parecen verdaderas enfermedades emocionales, pero que no llegan a serlo. Estos síntomas son de índole enfermiza, aunque inestables y transitorios. Blos postula que durante la adolescencia tiene lugar una profunda reorganización de la vida emocional, cuyos resultados son intentos de adaptación caóticos y pobres.

➤ James Masterson (1968) postula que el inicio de los impulsos instintivos que tiene lugar al comienzo de la pubertad, exagera conflictos previos no resueltos y da lugar a una variedad de sucesos nuevos. Explica el desorden adolescente como el resultado de un proceso emocional que resulta de la tensión de acomodar estas fuerzas internas en presencia de una estructura yoica relativamente débil. Un punto de vista similar es el que sostiene Sharp (1980), quien cree que, después de la relativa tranquilidad de la latencia, las fuerzas instintivas que provienen de periodos psicosexuales prioritarios vuelven a emerger, se reactivan y se vuelven a experimentar en los sentimientos, pensamientos y conductas del adolescente.

➤ Incorporando estos puntos de vista psicoanalíticos del desarrollo adolescente, el “Group for the Advancement of Psychiatry” (1968) estableció que una de las únicas características de

los adolescentes es la recurrente alternancia de episodios de conducta conflictiva con episodios de calma.

- Pasadas dos décadas, una serie de autores han modificado la idea de que la turbulencia y el estrés sea una parte esencial o inevitable del desarrollo adolescente:

- Balswick y Macrides (1975) interpretan los resultados antropológicos de Margaret Mead (1928) como contrarios a la noción de que el desorden adolescente sea una característica universal. Estos autores sostienen que los datos de Mead indican que las condiciones culturales son las responsables de la presencia de conflictos en la adolescencia, en mayor medida que las fuerzas psicodinámicas.

- Douvan y Adelson (1966) estudian a más de 3000 adolescentes y encuentran escasa evidencia de conductas desadaptadas o de desórdenes emocionales. Señalan que, en su muestra, hay poca evidencia de aflicción significativa, excepto cuando hay problemas de adaptación emocional, cosa poco frecuente que, además, cuando sucede parece tratarse de una continuación de problemas prepuberales.

- El trabajo de Bandura (1964) también disiente del modelo anterior. Sus datos, procedentes de entrevistas, aportan una serie de conclusiones: (a) La relación entre padres e hijos pueden llegar a ser confiada y relajada y no necesariamente conflictiva. (b) Las respuestas al estrés tienen mayor relación con el pasado y las conductas aprendidas del individuo que con la edad o el desarrollo de este periodo per se.

- Offer y Offer (1975) estudian una muestra de varones adolescentes de medio suburbano, y encuentran que, aunque son comunes los episodios transitorios de depresión y ansiedad, sólo el 20% muestran una moderada o severa sintomatología. Además, un 20% de esta muestra no tiene problemas significativos y parece ser capaz de asumir adecuadamente la variedad de situaciones y cambios propios de este periodo del desarrollo. Los autores

sugieren, a la vista de estos resultados, que la noción de rebelión y turbulencia parece ser más bien descriptiva del periodo inicial de la adolescencia, cuando se manifiesta con los padres en relación a tópicos tales como el estilo de música, el gusto por la ropa y la realización de las tareas de la casa. Otros hallazgos como los llevados a cabo por Coleman (1978); Eme, Maisiak y Goodale (1979); Looney y Gunderson (1978); Monge (1973) y Offer (1969), han cambiado la idea de que los conflictos son la característica central del desarrollo adolescente.

➤ Weiner y Del Gaudio (1976) revisan la bibliografía existente sobre este tema y llegan a tres conclusiones importantes: (1) Exceptuando episodios fugaces de ansiedad o de depresión, el malestar psicológico que se concreta en síntomas psiquiátricos no es un rasgo normativo del desarrollo adolescente. (2) A pesar de las dificultades de los diagnósticos diferenciales, se pueden discriminar las conductas normales de las que no lo son. (3) Finalmente, creen improbable que el malestar psicológico pueda remitir sin tratamiento y sostienen que los problemas psiquiátricos que aparecen en este periodo no son transitorios.

II.1.4.- Implicaciones de los modelos teóricos en la evaluación de la personalidad de adolescentes.

Conviene recordar que tanto nuestra forma personal de ver el tema adolescente, como la de los autores que han investigado sobre la utilización de los diversos tests con esta población, conlleva muchas implicaciones en el proceso evaluador como son: la utilización de los datos normativos, las inferencias a realizar sobre estos mismos datos, etc. En esta Tesis Doctoral, se han utilizado tres instrumentos de medida: el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, el test de *Rorschach* y el *Child Behavior Checklist (CBCL)*, desarrollados ampliamente por Archer, Exner y Achenbach, respectivamente y cuyas

opiniones sobre el desarrollo adolescente es preciso conocer para emplear adecuadamente estos tests.

- Archer, en su obra sobre el uso de *MMPI* con adolescentes (1987), señala que la adolescencia es un periodo de cambios fisiológicos, cognitivos y psicológicos muy marcados y dramáticos, lo que conduce directamente a la expectativa de que los adolescentes pueden interpretar y responder a numerosos ítems del *MMPI* de una forma significativamente distinta a la de los adultos. Esta expectativa se ha basado en estudios empíricos realizados por Hathaway y Monachesi (1963) sobre patrones de respuesta de miles de adolescentes normales, donde por ejemplo, los adolescentes responden de forma muy diferente a los adultos en preguntas relacionadas con cambios físicos rápidos tales como el ítem 155: “Ahora no estoy perdiendo ni ganando peso”. En esta investigación hay otros ítems adicionales en los que los adolescentes contestan de forma distinta, como los siguientes:

- Item 237: “Casi todos mis familiares simpatizan conmigo”.
- Item 235: “He vivido bastante libre e independiente de las normas familiares”.
- Item 264: “Soy una persona plenamente segura de sí misma”.
- Item 240: “Nunca me preocupo acerca de mi apariencia”.

Estas diferencias observadas en los patrones de respuesta de adolescentes, pueden atribuirse a los conflictos de individuación frente a la familia, a la formación de la identidad y al concepto físico de sí mismo, propios de este periodo evolutivo. Aunque estas percepciones diferentes de las experiencias vitales pueden resultar obvias, frecuentemente se han omitido, tanto en las investigaciones como en las aplicaciones clínicas de *MMPI* con adolescentes.

Un segundo aspecto importante lo constituye la visión teórica de los procesos típicos de

su desarrollo. Se pueden considerar como un proceso continuo y entender que la sintomatología manifestada durante la adolescencia es de carácter relativamente permanente y no de naturaleza transitoria o difusa. En este sentido, Kimmel y Weiner (1985) han señalado que los adultos tienden a manifestar muchas características de personalidad similares y un nivel de ajuste relativamente idéntico al que tuvieron como adolescentes. Por el contrario, el considerar la adolescencia como una etapa de desarrollo con rasgos únicos, durante la cual es probable que tenga lugar un alto porcentaje de conductas aberrantes pero transitorias, conduce a utilizar baremos adolescentes apropiados para esta edad y a describir e identificar rasgos propios de *MMPI* de adolescentes. Desde esta perspectiva, el uso de baremos adolescentes subraya la creencia de que los signos y síndromes patológicos deben ser interpretados de forma diferente en la población adolescente. Sobre este tema se insistirá en el Apartado III.2.2.1.2.

Concluye Archer (1987) que, por lo menos, en lo que se refiere a la sintomatología medida por *MMPI*, la adolescencia es un periodo de especial turbulencia. Esta “tormenta” se manifiesta en la tendencia que tienen los adolescentes a confirmar un mayor número de síntomas patológicos, sugerentes de psicopatología seria y de experiencias desviadas, mayor impulsividad y rebeldía y un mayor grado de alienación y aislamiento social.

- Por su parte Exner y Weiner(1982), cuando abordan el proceso evaluativo con el test *Rorschach* en niños y adolescentes, realizan una serie de reflexiones al respecto.

En primer lugar, consideran que existe un principio básico en la interpretación de los protocolos *Rorschach*, consistente en que las respuestas elaboradas por el sujeto significan lo mismo o se relacionan con los mismos procesos psíquicos, independientemente de la edad que éste tenga. Por ejemplo, el modo en que la forma (*F*) se combina con el color (*C*) refleja, en todos los casos, el grado en que el individuo es capaz de modular sus

intercambios y descargas afectivas, lo que varía es el dato normativo para cada edad, es decir, el grado que se considera “normal” para esa modulación (en niños será menor que en adultos).

Por otra parte, por los datos de investigación disponibles se sabe que los aspectos perceptual-cognitivos medidos por el test *Rorschach*, excepto unas pocas variables inestables, presentan una gran consistencia temporal para largos periodos de tiempo en adultos y para periodos más breves en niños y adolescentes. No obstante, en éstos, algunos aspectos muestran una fuerte consistencia temporal a lo largo de los años, como por ejemplo, el ajuste perceptivo.

Es imprescindible pues, en protocolos de menores, tener en cuenta los datos evolutivos y los datos normativos de cada edad a la hora de hacer interpretaciones completas. Sin embargo, un uso demasiado concreto y elemental de los datos normativos también puede llevar a conclusiones erróneas. El concepto de “normalidad” es, a veces, difícil de aplicar en los análisis de *Rorschach* de menores, pues los datos normativos proceden de no-pacientes, de personas sin historia psiquiátrica previa, proporcionando una muestra poblacional de conductas perceptual-cognitivas “comunes” en esa población más que “normales” en sentido valorativo. Esto puede ser inadecuado para un purista teórico, pero suele ser suficiente desde una perspectiva más pragmática, ya que permite obtener un marco de referencia con el que contrastar el funcionamiento psicológico de un sujeto. No obstante, las comparaciones directas, sin una reflexión integradora de los datos de un protocolo con los de la edad correspondiente, pueden hacer perder de vista el significado de los datos normativos.

En suma, estos autores concluyen que para desarrollar un proceso interpretativo *Rorschach* se requiere la integración de muchas fuentes informativas además de los datos

normativos, como la información evolutiva, conductual, biográfica y los propios datos derivados del test.

- Finalmente, el punto de partida de Achenbach (1979), desde una perspectiva del desarrollo, supone que para establecer criterios psicopatológicos que ayuden a la investigación de diferentes conductas, es necesario detectar no sólo las diferencias entre las edades sino también entre los sexos, dado que, probablemente, la frecuencia y modelo de los problemas conductuales es diversa. Con la intención de reflejar estas diferencias entre sexo y edad, todas las pruebas del *Child Behavior Checklist (CBCL)* están estandarizadas en periodos de edad entre 4-5 años, 6-11 años y 12-16 años, con baremos para niños y para niñas por separado en cada grupo de edad. En definitiva, se trata de una escala que está basada en criterios evolutivos y que tiene en cuenta las distintas edades, las diferencias de sexos y las variaciones madurativas.

II.2.- ANOREXIA.

II.2.1.- Introducción. Conducta alimentaria: Niveles biológico, psicológico y social.

Anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) son términos que hasta hace dos décadas eran prácticamente desconocidos, no sólo para el gran público sino también para la mayoría de los profesionales de la salud. En los años 70, Ajuriaguerra (1972/1973) señala que casi todos los autores coinciden al considerar que la AN no tiene una entidad clínica propia. Progresivamente se ha ido clarificando su entidad nosológica y se ha visto cómo, en este tiempo y de forma alarmante, se han ido multiplicando las demandas de asistencia para estos trastornos, hasta llegar al momento actual, en el que se registra un incremento anual que rebasa las posibilidades de las unidades dedicadas a su tratamiento.

En la AN existe una importante interacción entre los aspectos psicológicos y los fisiológicos, por lo que es necesario hacer una breve referencia a los factores que intervienen (Turón, 1997), a distintos niveles, en la conducta alimentaria.

- **Nivel biológico.** Aunque la ingesta se realiza a través de un complejo mecanismo que aún no se conoce bien, se sabe que esta conducta está regulada por mecanismos automáticos en el sistema nervioso central (SNC). La sensación de hambre procede tanto de estímulos metabólicos como de receptores periféricos, situados en la boca o en el tubo digestivo, que inducen la sensación de apetito. Al cesar estos estímulos aparece la percepción de saciedad y se detiene el proceso. Cuando el organismo precisa un nuevo aporte energético, se inicia de nuevo el ciclo. El individuo normal, en situaciones de no precariedad, presenta unas reacciones adaptadas a los estímulos de hambre y sed, con respuestas correctas hacia la satisfacción de esas necesidades.

Desde hace tiempo, el hipotálamo se reconoce como el lugar donde radican los centros del hambre y de la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen dispositivos mucho más complejos relacionados con la alimentación, interviniendo una serie

de mecanismos reguladores que Mardomingo recoge en su obra (1994), con la Tabla que se expone a continuación.

Tabla 3. *Factores reguladores de la ingesta (hipotálamo).*

<i>Aumento de la ingesta.</i>
❖ Noradrenalina.
❖ Ácido gamma-aminobutírico (GABA).
❖ Opiáceos endógenos.
❖ Polipéptidos pancreáticos.
❖ Galanina.
<i>Disminución de la ingesta.</i>
❖ Serotonina
❖ Dopamina.
❖ Adrenalina.
❖ Neurotensina.
❖ Hormona liberadora de la corticotropina (CRH).
❖ Colecistocinina (CCK).
❖ Glucagón.

Las conductas encaminadas a conseguir alimento suponen la coordinación y la correlación de las percepciones sensoriales, el almacenamiento de recuerdos de las experiencias anteriores y la vinculación de esta conducta con el mundo externo.

- **Nivel psicológico.** Es indudable el valor de la alimentación en el desarrollo psicológico. A través del pecho materno el niño registra sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación de la comida con estos sentimientos se mantendrá a lo largo de toda la vida y no resulta extraño que ciertos estados emocionales, como la ansiedad, la depresión o la alegría, influyan decisivamente en los procesos de la alimentación.

La relación del ser humano con la alimentación y su forma de enfermar, va variando en

los distintos periodos evolutivos (Cantó, 1997):

➤ Durante el primer año de la vida el niño depende totalmente de su madre o persona que le alimenta. En esta época, los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) suelen derivarse de problemas físicos que interfieren con el amamantamiento. En ocasiones están relacionados con alteraciones maternas emocionales o sociales y, a veces, derivan simplemente de la inexperiencia.

➤ En el 2º y 3º año de vida, el apetito desciende a medida que la velocidad de crecimiento y peso disminuyen y se estabilizan hasta la pubertad. Pueden surgir problemas, sobre todo cuando aparece el negativismo propio de esta fase, que se traduce por preferencias y rechazos de determinados alimentos, pero este periodo suele ser transitorio.

➤ Durante los años preescolares y primeros escolares, los niños suelen tener buen apetito y son infrecuentes los TCA. Cuando aparecen, suelen tener relación con que se ha aprendido a utilizar la alimentación para manejar a los padres.

➤ La adolescencia es el último periodo de gran crecimiento. Con una alimentación adecuada se alcanza la estatura adulta, la maduración sexual y la función reproductora. El criterio más adecuado para la valoración de la adolescencia no es la edad cronológica sino la biológica (edad ósea) y el estado físico de maduración sexual (Woolston, 1991). Al llegar la adolescencia irrumpen los dos principales problemas alimentarios: la AN y BN, con sus múltiples repercusiones en el desarrollo físico, emocional, conductual y social.

- **Nivel social.** El acto de comer, desde los orígenes de la humanidad, ha tenido valor social: se come en grupo y el comer es una manifestación cultural, apreciándose diferencias, tanto en la forma de comer como en las características de los alimentos, entre grupos culturales distintos. A través de la comida el grupo se siente cohesionado e identificado y comparte sus experiencias. En la mayoría de actos sociales, la comida ocupa un importante

lugar.

Dada la complejidad de la conducta alimentaria resulta comprensible que, al producirse alteraciones como la AN, sea difícil identificar las causas que la producen.

II.2.2.- Historia de la anorexia nerviosa (AN).

En la historia de nuestra cultura, desde tiempos antiguos, encontramos referencias a conductas alimentarias desordenadas. Excepto en las últimas décadas y en los países más desarrollados, el sobrepeso era signo de salud, belleza y poder. Quizá por ello, en los banquetes de la antigüedad, donde se comía y bebía en exceso, el vómito era un remedio usual que permitía seguir comiendo. Por el contrario, la restricción alimentaria fue asociada a aspectos religiosos. utilizándose la penitencia para lograr mayor espiritualidad, tal es el caso de Santa Liberata, que dejó de comer para afearse y no ser deseada (Lacey, 1982) y de Santa Catalina de Siena, que tras la aparición de Jesús a los siete años, empieza a dejar de comer. Hasta el siglo XVI (Laudon, 1980) no aparecen las primeras referencias escritas en términos clínicos sobre personas con inanición y conductas restrictivas sin justificación religiosa.

Richard Morton, en 1689 describe por primera vez el cuadro clínico de la AN con gran precisión: falta de apetito, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad. No encuentra signos físicos que justifiquen el cuadro, lo atribuye a la tristeza y a las preocupaciones y lo define como una “consunción nerviosa”. Más tarde, en 1789, Nadaud la describe como una enfermedad nerviosa con desagrado por los alimentos.

Casi simultáneamente, Lasègue en París (1873) y Gull en Londres (1874), hacen descripciones completas de cuadros anoréxicos que conservan toda su actualidad. Los dos autores consideran la histeria como causa del trastorno y la denominan anorexia histérica

(Lasègue) y apepsia histérica (Gull). Al principio, Gull parece inclinarse por una etiología orgánica, pero abandona esta hipótesis por la de origen psicógeno, al observar que no existe un déficit de pepsina en el estómago de estas pacientes. Esta primera *etapa*, más *descriptiva* que psicopatológica, abarca hasta el S XIX (Chinchilla, 1983).

En 1914, Simmonds a partir de estudios necrópsicos describe un síndrome nuevo, la caquexia hipofisaria. Se inicia así una *segunda etapa* en la que, durante años la AN es confundida con esta afección orgánica, confusión que sirve para apoyar la convicción, compartida por ciertos autores, de que la AN tiene un *origen orgánico endocrino*. Se deberá esperar hasta 1938 para que Sheehan demuestre que en la insuficiencia hipofisaria el adelgazamiento no es precoz y que la AN es muy diferente a la caquexia hipofisaria de origen isquémico. Sin embargo, persisten hasta los años 50 las hipótesis endocrinológicas para explicar el origen de la anorexia (Chinchilla, 1983).

El *tercer período* corresponde al de las *hipótesis psicológicas* protagonizadas por el movimiento psicoanalítico. Desde Freud (1892/1972; 1895/1972; 1905/1972), que considera que el trastorno se debe a una forma de neurosis donde la represión oral juega un papel importante y la paciente expresa su aversión a la sexualidad mediante la AN, se realizan diversas aportaciones desde las diferentes escuelas dinámicas que van surgiendo.

A partir del Simposio de Göttingen, en 1965 y, posteriormente, del Congreso de Toronto (1981), la AN se convierte en un importante tema de estudio. En Göttingen se elaboran tres conclusiones básicas (Turón, 1997):

1. La enfermedad está en relación con las transformaciones puberales.
2. El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
3. La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los procesos neuróticos.

Desde entonces las investigaciones realizadas son muy numerosas y enfocadas desde

perspectivas muy diversas (comportamentales, sistémicas, psicoanalíticas, biológicas o de otro tipo), las líneas terapéuticas se han diversificado y, en la *actualidad*, se tiene una *visión más integradora y heterodoxa* del problema, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y socioculturales, que en un momento determinado, biográfico y evolutivo, actúan determinando la aparición de la enfermedad (Turón, 1997).

II.2.3.- Descripción clínica: Conducta observable, síntomas somáticos, síntomas mentales y emocionales.

El cuadro clínico es muy característico y coherente: Después de un periodo marcado por el deseo de seguir un régimen para perder algunos kilos juzgados como superfluos, se constituye la enfermedad en un periodo de 3 a 6 meses. En algunos casos, existía una real y discreta obesidad infantil previa, sobre la que algún compañero o algún adulto del entorno le había hecho algún comentario. En general, este deseo inicial suele ser aceptado por la familia que, en un principio, facilita el cumplimiento del régimen. Puede ir precedido por algún factor traumático externo, como por ejemplo, una pérdida afectiva, la enfermedad de algún familiar, etc. Este factor corre el riesgo de servir de pantalla, manteniendo el verdadero conflicto al margen del adolescente y de las interacciones familiares. Sea como fuere, la restricción alimentaria se agrava y la pérdida ponderal se estima siempre como insuficiente. Se instala el *periodo de estado* de la enfermedad, con una serie de conductas y síntomas en los que todos los autores coinciden, pero que enfatizan de forma diferente según su prisma teórico. Para Marcelli y Braconnier (1986) los tres signos característicos de esta patología son la anorexia, el adelgazamiento y la amenorrea. Brusset (1990) matiza que hay que distinguir el síntoma anoréxico, presente en gran diversidad de afecciones psiquiátricas,

de la verdadera AN. Para este autor, lo que mejor especifica este cuadro es la asociación de una restricción alimenticia metódica y un adelgazamiento que no preocupa al sujeto, acompañado de amenorrea y de hiperactividad asociada a cambios del carácter y problemas en la percepción del cuerpo. Mardomingo (1994) señala la intensa pérdida de peso inducida por el propio sujeto, una psicopatología específica que se concreta en el miedo a engordar y cambios neuroendocrinos que se manifiestan en amenorrea en las mujeres y pérdida del interés y potencia sexual en los varones. Turón (1997) enfatiza la pérdida de peso, la preocupación por la figura y los pensamientos alterados.

- **Conducta observable.** Después del periodo inicial, en el que la dieta es moderada, se vuelve rápidamente metódica y es seguida con energía, con la clara intención de adelgazar. El hambre suele sentirse, sobre todo al inicio, pudiendo suscitar episodios bulímicos, en los que el/la anoréxico/a siente el impulso súbito e irresistible de comer de forma desmesurada, llevando a cabo auténticos atracones, que son vividos de forma humillante por el/la paciente. Existe un verdadero desprecio por el aumento de peso y un miedo intenso a engordar. La conducta anoréxica puede completarse con maniobras destinadas a vaciar el tubo digestivo, como son los vómitos y los laxantes, con los consiguientes desórdenes orgánicos. El/la adolescente, a pesar del adelgazamiento, continúa encontrándose todavía muy grueso/a.

Paralelamente, se produce otra serie de conductas frecuentes, entre las que destaca la hiperactividad, ya sea física o intelectual. El/la joven efectúa largos paseos forzados, danza, nada con dedicación, hace ejercicio después de comer, etc. Las actividades toman un aspecto de competición y representan, ante todo, la ocasión de perder peso y lograr un dominio suplementario sobre el cuerpo. Las actividades intelectuales son de naturaleza parecida y, en ellas, la competición y el dominio ocupan un lugar privilegiado, no existiendo

placer en el aprendizaje. El rendimiento escolar se busca por sí mismo, pero sin experimentar un goce real en el funcionamiento intelectual. Esta hiperactividad puede mantenerse aún cuando el adelgazamiento sea extremo y llegue a los confines de la caquexia. Aún son posibles conductas más excesivas, como una exposición al frío con vestidos inadecuados, baños fríos, etc.,. Las actividades sociales son frecuentes, pero muy superficiales e investidas de conformismo.

La mayoría de los pacientes presenta al menos una parte de los síntomas que Morandé y Rodríguez-Cantó (1991) sintetizan en la siguiente Tabla.

Tabla 4. *Síntomas comportamentales en la AN.*

<ul style="list-style-type: none">❖ Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado, con la intención de bajar de peso. Esta restricción se hace extensiva a la mayoría de los nutrientes.❖ Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.❖ Disminución o ingesta excesiva de agua o líquidos.❖ Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta el alimento en pequeños trozos, los estruja o lava y al terminar de comer, con cualquier pretexto, se pone en movimiento.❖ Aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético. En ocasiones, ejercicio compulsivo.❖ Aumento de horas de estudio y actividades supuestamente útiles.❖ Disminución de las horas de sueño.❖ Irritabilidad. Preocupación obsesiva en cuanto al peso.❖ Uso de laxantes diuréticos y vómitos autoinducidos (formas purgativas).

- **Síntomas somáticos.** El adelgazamiento es rápidamente espectacular. Se produce la fusión del panículo adiposo, amiotrofia, afección de las uñas. Hay una pérdida ponderal del 20 al 30% llegando, en los casos extremos, a alcanzar el 50% del peso inicial, provocando una verdadera caquexia. Cuando esta pérdida es extrema, el adelgazamiento puede acompañarse de manifestaciones somáticas como la hipoglucemia. Ciertas funciones

endocrinas pueden verse alteradas, a veces con un panhipopituitarismo más o menos grave, en general reversible después de la realimentación.

La amenorrea es el segundo vector del cuadro somático. Su relación con el adelgazamiento no es simple, puesto que puede precederle y persistir largo tiempo, después de la recuperación del peso.

Los síntomas y signos que se observan con mayor frecuencia aparecen en la siguiente Tabla.

Tabla 5. *Síntomas y signos observables o deducibles de la exploración en la AN.*

❖ Disminución significativa de peso: más del 25% del peso previo o su equivalente en adolescentes en crecimiento. Índice de masa corporal* < 17,5.
❖ Disminución de reservas de grasa subcutánea.
❖ Diminución de la masa muscular.
❖ Amenorrea.
❖ Estreñimiento.
❖ Vaciamiento gástrico lento. Molestias y plenitud postprandial.
❖ Hipotermia. Acrocianosis distal.
❖ Bradicardia. Arritmias. Hipotensión.
❖ Oliguria. Deshidratación. Edemas.
❖ Hipertrofia parotídea (especialmente en vomitadores).
❖ Alteraciones dentales y gingivales (especialmente en vomitadores).
❖ Piel seca y descamada. Pelo quebradizo y abundante lanugo.
❖ Signo de Russell (lesiones en la mano por vómitos autoprovocados).
*Índice de masa corporal de Quetelet = peso (Kg)/altura (m) ² .

• **Síntomas mentales y emocionales.** La mayoría de los pacientes presentan algunos de los síntomas que Morandé y Rodríguez-Cantó (1991) recogen en la siguiente Tabla, que se reproduce con alguna leve modificación.

Tabla 6. *Síntomas mentales y emocionales de la AN.*

❖ Trastorno severo de la imagen corporal.
❖ Alteraciones del pensamiento.
❖ Terror a subir de peso.
❖ Negación total o parcial de la enfermedad.
❖ Negación de sensaciones: hambre, sed, fatiga y sueño.
❖ Dificultades de concentración y aprendizaje.
❖ Desinterés sexual.
❖ Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.
❖ Dificultad en reconocer sus emociones.
❖ Temor a perder el autocontrol.
❖ Sensación delirante de lucha interna.
❖ Sintomatología depresiva y/u obsesiva.

La distorsión de la imagen corporal se caracteriza por una percepción alterada de la totalidad o de partes de su propio cuerpo que, en algunos casos, puede alcanzar gran intensidad y no se extiende a la apreciación del cuerpo de otras personas. También presentan alteraciones del pensamiento, que se manifiestan en variadas distorsiones cognitivas.

En la AN la permanente interacción y manifestación conjunta de alteraciones somáticas y psicológicas, hace que esta patología pueda ser considerada como el *trastorno psicosomático* por excelencia, auténticamente paradigmático (Toro, 1995).

II.2.4. Características epidemiológicas.

Los estudios epidemiológicos sobre AN han tenido que afrontar la dificultad que supone la tendencia personal y social a ocultar los TCA. Los primeros estudios epidemiológicos se realizaron sobre poblaciones clínicas pero, posteriormente, la investigación se ha dirigido a

detectar los casos que existen en la población general (Mardomingo, 1994). El alarmante aumento de la incidencia y prevalencia de estos trastornos en Europa, Estados Unidos y Canadá, se ha podido observar en los últimos 30 años gracias a los estudios de seguimiento que recogen diversos autores (Halmi, 1995/1996; Turón, 1997). Para muchos de ellos la AN, junto con la BN, constituyen un problema sanitario en sociedades industrializadas y señalan que su prevalencia parece estar en aumento hasta tal punto que consideran que el problema puede estar empezando a alcanzar proporciones epidémicas (Azevedo, & Ferreira, 1992). Otros autores lo consideran incluso un problema de Salud Pública (Morandé y cols., 1995) pues, además de señalar que se trata de una patología en alza, es una enfermedad grave y de gran repercusión familiar y social, enfatizando por ello la importancia de la prevención y del diagnóstico precoz.

II.2.4.1.- Incidencia y prevalencia. Situación en la Comunidad de Madrid (CM).

La **incidencia**, esto es, la aparición de casos nuevos en un periodo de tiempo determinado, se consideraba, antes de los años 60, oscilando entre el 0,24 y el 0,45 por 100.000 habitantes al año (Turón, 1997). Después de los años 70, esta cifra ha aumentado y, en general, se considera que en la actualidad la incidencia para AN es de 5-10/100.000 habitantes al año, en la población mundial (Morandé y cols., 1995). Cabe citar aquí, como ejemplo de este incremento, el trabajo de Jones (1980), realizado en el condado de Monroe, Nueva York, que pasa de una incidencia de 0,35 a 0,64 entre los años 1960 y 1980. A pesar de que los estudios se han realizado en países diferentes, como Suecia, Suiza, Estados Unidos, Gran Bretaña, etc., la tendencia al aumento de la incidencia es muy similar en todos ellos. Posiblemente este hecho se deba a que la población joven del mundo occidental tiende a homogeneizarse, al tener las necesidades básicas cubiertas, similares niveles de formación

escolar e iguales intereses culturales.

Respecto al incremento de la morbilidad anoréxica cabe señalar dos consideraciones (Toro y Vilardell, 1987). La primera es que este aumento no se debe a mejoras en los sistemas diagnósticos o a una mayor oferta asistencial. La segunda es que, dado que no se trata de una enfermedad infecciosa o física, los cambios en su incidencia, con el paso del tiempo, deben explicarse a través de fenómenos psicosociales.

En cuanto a la **prevalencia** de este trastorno, es decir, el número de casos presentes en un grupo en un tiempo determinado, también ha aumentado considerablemente. Quizá contribuyan a este aumento la tendencia a la cronicidad de estos cuadros, que se produce tanto por la complejidad del trastorno, como por la insuficiencia de recursos de que se dispone para abordarlos.

Es muy conocido el trabajo de Crisp, Palmer y Kalucy (1976) que señala que la prevalencia de AN grave durante los años 70, en Londres, entre mujeres de 12 a 18 años, era de 1/200 jóvenes. Una investigación de Szmukler en 1980 (Turón, 1997) supera este índice al encontrar que 1/90 muchachas de 16 a 18 años padece anorexia. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1993), la prevalencia de los TCA puede oscilar entre el 1% y el 4% y se acepta, en general, que la prevalencia en los países europeos para la AN es cercana al 1% (Mardomingo, 1994; Morandé y cols., 1995; Turón, 1997), de las que el 50% desarrollará síntomas bulímicos (APA, 1993). Si se calcula la prevalencia de mujeres jóvenes con algunos síntomas de AN, la cifra se acerca al 5% (Kaplan, Sadock y Greeb, 1994/1996) y al 10% de la población femenina de menos de 30 años (Lasa y Canedo, 1997). La situación es muy preocupante, pues se sabe que, en nuestro país, el 48% de estudiantes de BUP quiere adelgazar y 2.500.000 de jóvenes inician dietas en cada primavera (Morandé, 1995, Junio); muchas de ellas son las posibles anoréxicas del curso siguiente.

Por último, refiriéndonos a la **Comunidad de Madrid (CM)**, donde se ha realizado esta investigación, la situación que se conoce, a partir de las fuentes disponibles, es la siguiente.

- **Aproximación a los episodios diagnosticados.**

➤ Encuesta del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), Madrid, 1994.

Figura 2. Pacientes diagnosticados TCA. Encuesta Insalud, Madrid 1994.

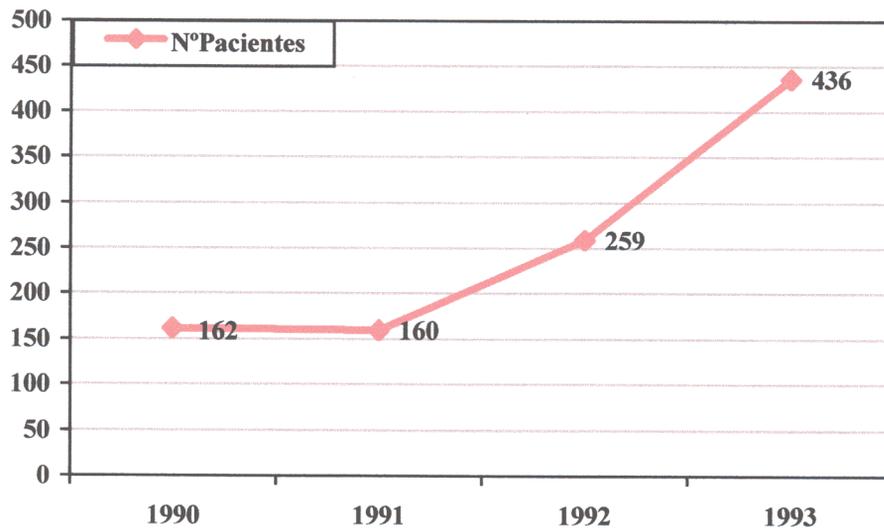
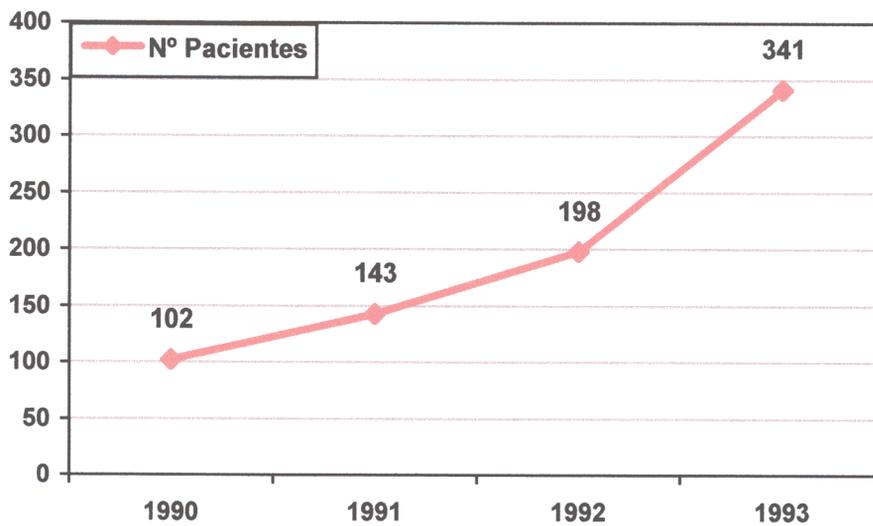


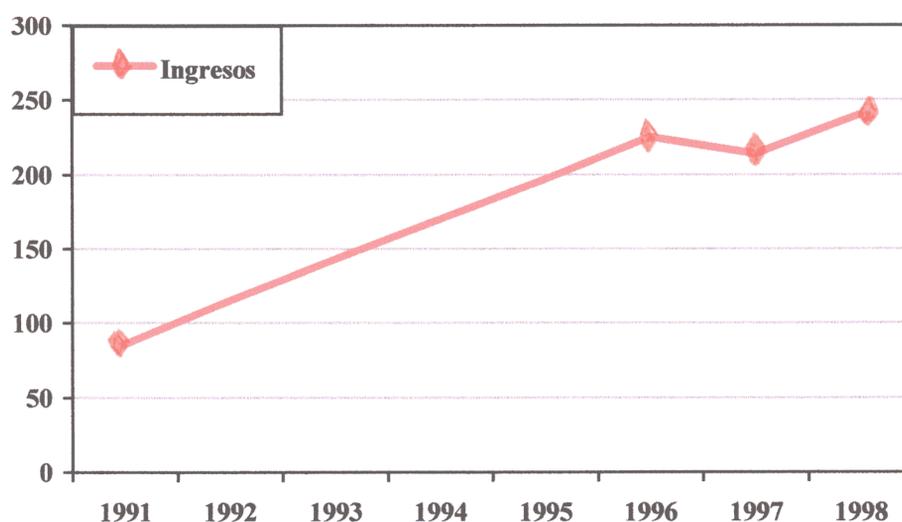
Figura 3. Pacientes ingresados por TCA en 11 Hospitales de Madrid. Encuesta Insalud, 1994.



Ambos gráficos, aportados por Morandé y cols. en su Protocolo (1995), reflejan el aumento de la incidencia de los TCA.

➤ El Departamento de Epidemiología de la CM, colabora en la ejecución del documento sobre *Líneas de actuación en anorexia y bulimia nerviosas en la Comunidad de Madrid*, que elabora el Departamento de Salud Mental (Casas y cols., 1999), aportando una serie de datos a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del INSALUD. Estos dan lugar a la siguiente figura:

Figura 4. Ingresos hospitalarios por TCA en Madrid de 1991 a 1998 (CMBD).

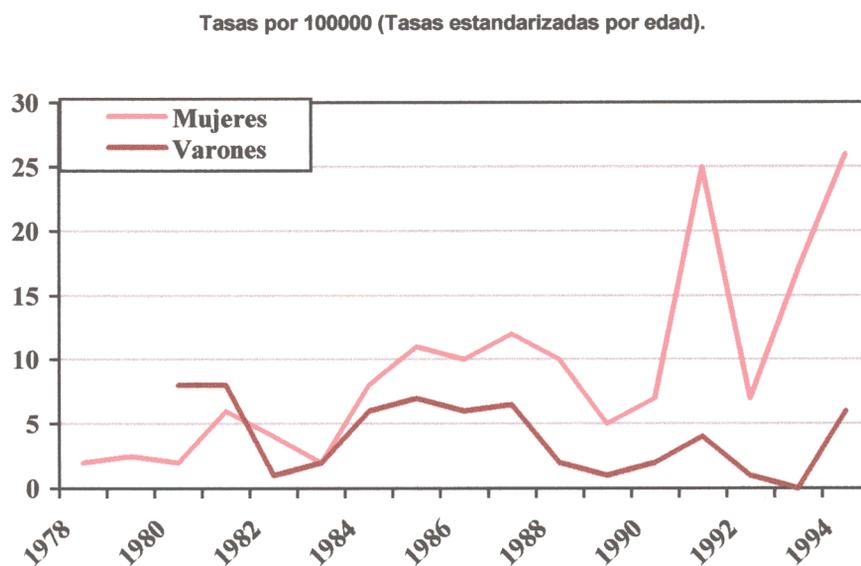


Hay que señalar que las cifras del año 1991 hacen referencia a 6 hospitales públicos, lo que representa, aproximadamente, el 85% de los ingresos en hospitales públicos de Madrid. Los datos de 1996 excluyen dos hospitales, el Gregorio Marañón y La Concepción, por lo que el aumento es aún mucho mayor del que aparece reflejado en este gráfico. De los 86 ingresos de 1991 el 91,9% son AN y el 8,1% BN, mientras que de los 225 ingresos de 1996 el 83,1% son AN, el 14,7% son BN y el 2,2% son cuadros mixtos; en cuanto a la

distribución por edad y sexo, el 92% de los episodios se produjeron en jóvenes de 15 a 29 años, correspondiendo el 92,8% a pacientes del sexo femenino.

➤ A partir de otra fuente, la *Encuesta de Morbilidad hospitalaria*, que aporta este mismo Departamento de Epidemiología de la CM, basada en el epígrafe diagnóstico (307= anorexia y bulimia) de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, CIE 9), se confirma de nuevo el incremento de esta patología señalado anteriormente.

Figura 5. Evolución de las altas hospitalarias de 1979 a 1994. Población de 10 a 29 años.



Parece evidente que es una enfermedad en alza, que se da mayoritariamente en mujeres y en edades jóvenes.

➤ Por último, se hace referencia a los datos que aporta la CM sobre la *estimación de la prevalencia de la AN en población general femenina* (Comunidad de Madrid-Insalud, 1999, 24 Marzo), obtenidos dentro del Sistema de Información y Evaluación del Departamento de Salud Mental, partiendo de los datos de prevalencia de casos de AN descritos en la literatura científica y siguiendo unos criterios muy estrictos de definición de caso. Así, se ha estimado el número de anoréxicas que, probablemente, existen en esta Comunidad:

⇒ Aproximadamente, 35.000 madrileños/as padecen algún tipo de restricción de la ingesta de alimentos en el contexto de otro tipo de patologías o de crisis del desarrollo, de los cuales 31.500-33.000 son mujeres.

⇒ En el caso de la *AN en sentido estricto*, la prevalencia en la población femenina, desglosada por edades, es la siguiente:

* Mujeres entre 15 y 24 años (N = 417.696). Número: 160 ± 15 ; prevalencia: 0,04%.

* Mujeres entre 25 y 29 años (N = 212.674). Número: 42 ± 5 ; prevalencia: 0,025%.

* Mujeres entre 30 y 34 años (N = 208.791). Número: 31 ± 3 ; prevalencia: 0,015%.

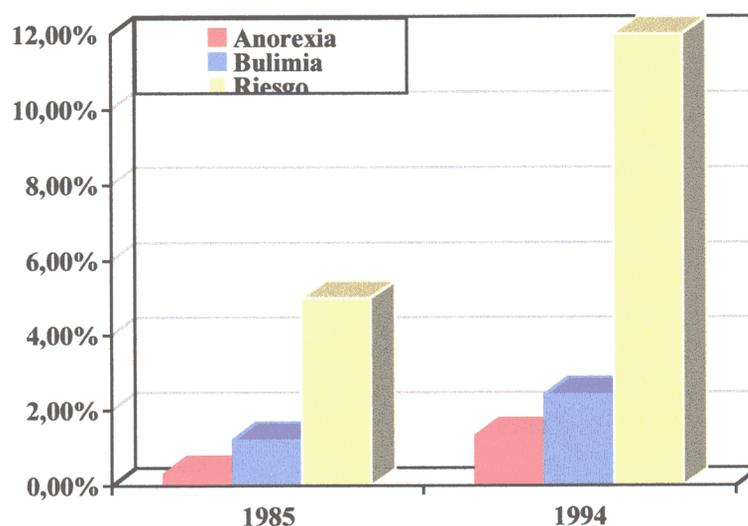
* Mujeres entre 35 y 39 años (N = 196.768). Número: 20 ± 2 ; prevalencia: 0,01%.

La incidencia se sitúa entre 250-500 casos nuevos en la Comunidad de Madrid. Incluye, además, el dato de que aproximadamente 1.000 madrileños/as en edad escolar, cumplen criterios diagnósticos de AN.

- **Aproximación a la población de riesgo, que da origen a los casos.**

➤ El INSALUD, en su Protocolo (Morandé y cols., 1995), aporta el diagrama de barras que se reproduce a continuación:

Figura 6. AN y BN: Riesgo, prevalencia (edad: 15 años).



En él se recogen los resultados de estudios realizados en colegios de Madrid y Móstoles entre 1985 y 1994, con mujeres adolescentes de 15 años de edad. Los estudios de 1985 fueron realizados en colegios privados de Madrid, mientras que los datos de 1994 corresponden a colegios públicos de Móstoles (Morandé, Celada, & Casas, 1999). El incremento de los TCA resulta obvio.

➤ La CM (Comunidad de Madrid-Insalud, 1999, 24 Marzo), a partir del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo asociados a las Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), desea detectar las *actitudes y hábitos de salud de población adolescente de 15 y 16 años de la Comunidad de Madrid*. Para ello pregunta, a una muestra representativa de jóvenes escolarizados, por su peso, talla, si han seguido, en los últimos 12 meses alguna dieta especial, o si han realizado alguna modificación en la dieta habitual y cómo se ven a sí mismos (gordo, con exceso de peso, con un peso adecuado, algo delgados o muy delgados). Los resultados aparecen en la Tabla siguiente:

Tabla 7. *Porcentaje de jóvenes de la CM que realizan dieta para adelgazar y se perciben con exceso de peso o gordos (SIVFRENT, 1996-1997).*

	Hombre	Mujer
Dieta para adelgazar	5.6 ± 1.0	27.5 ± 1.9
Exceso de peso	18.0 ± 1.7	32.0 ± 2.0
Gordo	2.9 ± 0.7	13.1 ± 1.4

Según estos datos, se aprecia una marcada diferencia entre sexos en la realización de dietas y en la percepción del propio cuerpo en toda la muestra: El 27,5% de las chicas refiere realizar dieta para adelgazar frente a un 5,6% de los chicos; el 45,1% de chicas se considera con exceso de peso o gorda frente a un 20,9% de los chicos.

Si se selecciona la parte total de la muestra con menor peso (25%) y se analizan esas

mismas preguntas, se observan los siguientes resultados:

Tabla 8. *Porcentaje de jóvenes de la CM que realizan dieta para adelgazar y se perciben con exceso de peso o gordos, en el 25% de la muestra total con menor peso (SIVFRENT, 1996-1997).*

	Hombre	Mujer
Dieta para adelgazar	0.6 ± 0.7	9.7 ± 2.5
Exceso de peso	1.4 ± 1.0	8.1 ± 2.3
Gordo	0.6 ± 0.7	3.2 ± 1.5

Un 9,7% de las chicas realiza dieta para adelgazar y un 11,3% se percibe con exceso de peso o gorda, cuando en realidad están francamente delgadas. En definitiva, se aprecia una alta prevalencia de insatisfacción corporal entre estas adolescentes.

➤ El Departamento de Epidemiología de la Comunidad de Madrid está llevando a cabo una investigación para conocer la *situación actual* de los TCA, que consta de dos partes:

⇒ Una encuesta de *prevalencia de la población de riesgo*, a partir de 4.500 adolescentes de 15 a 18 años, escolarizados en 45 colegios de la CM. La recogida de la información se hace mediante tres cuestionarios: (1) El *General Health Questionnaire (GHQ)* de Goldberg, para detectar posibles trastornos como ansiedad, depresión, etc.; (2) El *Eating Disorders Inventory (EDI 2)* de Garner (1991), específico para TCA, validado para la población española; (3) Un cuestionario complementario en el que se recogen datos personales, hábitos, datos familiares, red social, etc. Además, se realizan medidas antropométricas: peso y talla.

⇒ A partir de esta primera encuesta, para estimar la *prevalencia de AN y BN*, se realiza otra nueva encuesta a 1.400 escolares, con las mismas pruebas, a las que se añade una entrevista clínica.

En el momento actual se ha finalizado el trabajo de campo, pero todavía no se dispone de los resultados.

De todas formas, es difícil establecer cifras reales concretas y, posiblemente, se infravalore la realidad, debido a varias causas: (a) Constante aumento de la enfermedad; (b) Heterogeneidad de los enfoques epidemiológicos en los estudios realizados; (c) No todos los casos solicitan atención médica (Gordon, 1988); (d) Criterios diagnósticos rigurosos, que excluyen trastornos más leves; (e) Tendencia manifestada por los adolescentes que sufren estos trastornos a negarse a participar en estudios epidemiológicos.

II.2.4.2.- Edad.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la edad de aparición del síntoma, constante epidemiológica que se mantiene con más o menos regularidad y que suele situarse al final de la niñez, durante la adolescencia y al inicio de la juventud (Bruch, 1966). Después de estas etapas la incidencia es mucho menor.

Las edades que mencionan los distintos autores se recogen en la Tabla 9 (pág. 90). Sintetizando estos datos podemos concluir que el periodo de máxima prevalencia se sitúa entre los 15-25 años. En la actualidad parece que tiende a ser más temprana (Turón, Fernández y Vallejo, 1992), quizá debido al comienzo precoz de la adolescencia y a que hay mayor información sobre modas y sexualidad. Otros autores señalan también una tendencia de aparición de esta patología más tardía (Killen y cols. 1994), pudiendo guardar relación en este caso con la pretensión de la sociedad actual de alargar la juventud todo lo posible. Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996), que sitúan la edad de inicio de la AN entre 10-30 años, consideran que si este cuadro irrumpiera fuera de este intervalo de edad, habría que cuestionar el diagnóstico.

Tabla 9. Edad de aparición de la AN.

Autor (año)	Edades
Bruch (1966)	Mujeres 11-38 años.
Halmi (1974)	Antes de los 10 años (8%). Entre 10-15 años (31%). Entre 16-25 años (47%). Más de 25 años (13%).
Fitcher, Doerr, Pirke & Lund (1982)	Entre 13-29 años.
Morgan & Mayberry (1983)	Entre 20-34 años.
Turón, Fernández y Vallejo (1992)	Entre 12-15 años (45,5%). Entre 15-25 años (52%). Más de 25 años (2,3%).
Kaplan, Sadock y Greeb (1994/1996)	Inicio entre 10-30 años. Aumenta > 13 años. Entre 13-20 años se dan el 85% de casos.
Ochoa (1996)	Entre 12-25 años. Mayor riesgo entre 14-18 años.
Centro Integral de Salud de Retiro de Madrid (1997)	Entre 12-18 años (95%).

- Los **cambios psicósomáticos** que tienen lugar en la adolescencia son quizá una de las causas por las que la AN aparece prioritariamente en esta etapa evolutiva:
 - El adolescente debe reconstruir su imagen corporal. La aceptación del propio cuerpo, en el que se producen cambios significativos tan importantes, está condicionada por los valores estéticos predominantes del medio y del grupo de iguales, así como por la percepción que él tiene de las evaluaciones que los otros hacen de su persona, en la que su aspecto físico juega un gran papel. Todo ello contribuye a la formación de su autoconcepto, base para la seguridad en sí mismo en el terreno corporal, psicológico y social (Schonfeld, 1969/1973).
 - Se produce una crisis tanto de identidad como de valores. El adolescente va adquiriendo

una identidad propia por medio de la incorporación de pautas de comportamiento del medio social, el ambiente y la familia a la que pertenece.

➤ La adolescencia es, por ello, una etapa clave en el establecimiento de estereotipos de conducta. En el momento actual, el estereotipo vigente es el de la delgadez, que supone un compendio de ideal de belleza, éxito e inteligencia (Bennett, & Gurin, 1982).

Vemos pues que los cambios psicobiológicos de la pubertad son cruciales en la génesis de la AN en estas edades. Sin embargo, en los casos de AN prepuberal se registra una mayor afluencia de acontecimientos vitales importantes como factores desencadenantes alternativos (DiNicola, Roberts, & Oke, 1989).

II.2.4.3.- Sexo.

Aunque la AN también se observa en el varón (Garner, & Garfinkel, 1985; Vandereycken, & Meermann, 1984), el 90-95% de los casos son mujeres (Lucas, Beard, O'Fallon, & Kurdland, 1991; Nielsen, 1990; Rastam, Gilberg, & Gartron, 1989). Algunos autores (Toro y Vilardell, 1987; Vidal, 1997) consideran que en esta predisposición más que intervenir factores de índole genético u hormonal, influyen factores socioculturales relacionados con el rol sexual que cada individuo asume en una determinada comunidad. Sin embargo, otros autores (Turón, 1997; Woodside, Field, Garfinkel, & Heinmaa, 1998) alertan sobre la necesidad de ser cautos al realizar estas afirmaciones. Si aceptamos que los factores psicosociales, por su misma naturaleza, no son constantes y evolucionan continuamente, en cambio sí es constante el predominio femenino en esta patología, por lo que cabe pensar en la existencia de factores biológicos muy determinantes (Turón, 1997).

Este 5-10% de pacientes anoréxicos varones (Anderson, & Mickalide, 1983; Halmi, 1974; Jones, 1980) presenta unas características clínicas similares a las de las mujeres que

manifiestan los mismos trastornos (Mardomingo, 1994), aunque también se observan algunas diferencias como la mayor frecuencia de hiperactividad y de problemas sexuales. Los varones aparecen como más extrovertidos y con acusados rasgos femeninos en el Freiburger Personality Inventory (Fitcher, Daser, & Postpishil, 1985). También describen de manera distinta sus motivos para hacer dieta, refiriendo que les mueve a ello más que el deseo de estar delgados, el alcanzar una mayor definición muscular (Anderson, 1984).

II.2.4.4.- Raza y cultura.

Las variaciones en la prevalencia de la AN observadas en distintas culturas y razas, se atribuyen a la influencia de los distintos sistemas de valores. Estas variaciones ya fueron reseñadas por Bruch en 1966. Se observa, por ejemplo, que el traslado de grupos humanos con bajo riesgo para sufrir AN (asiáticos y sujetos de raza negra) a países occidentales, se acompaña de un aumento de la prevalencia de la enfermedad, lo que se relaciona con la asimilación de los valores estéticos de la cultura occidental (Furnham, & Alibhai, 1983; Kope, & Sack, 1987; Nasser, 1986). Brusset (1990) señala que la AN es extraordinariamente rara en la raza negra, no sólo de África, sino también de América, lo que interpreta como que su ausencia no está relacionada con los países subalimentados y sugiere tener en cuenta otros factores de orden cultural, concluyendo que las formas de relación tradicionales entre madre e hijo en la cultura negra tienen un papel preventivo.

II.2.4.5.- Nivel socioeconómico.

Desde los primeros trabajos, clínicos y epidemiológicos, se manifiesta de forma explícita que la AN se presenta con mayor frecuencia en los estratos socioculturales altos y medio-altos. En los primeros trabajos de Crisp en 1976 (Crisp, Palmer, & Kalucy), se destaca que la

incidencia de este trastorno es superior en las escuelas de mayor nivel social. Garfinkel y Garner en 1982 observan que, si bien hasta 1975 el 70,6% de las pacientes anoréxicas pertenecen a una clase social alta, a partir de esta fecha se reducen al 52%, lo que coincide con la opinión actual más defendida (Mardomingo, 1994) de que se observa cada vez con mayor frecuencia en otras clases sociales. Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) se pronuncian en el mismo sentido basándose en estudios epidemiológicos recientes; señalan también que lo que parece ser más común no es la clase social alta, sino el ser una patología propia de países desarrollados. Añade Turón (1997) que, en la actualidad, se observa que en los países del este, al haber adoptado el modo de vida occidental en lo político y en lo cultural, se detecta un progresivo aumento de los TCA.

II.2.4.6.- Factores de vulnerabilidad: biológico-genéticos, personales y familiares.

Poblaciones de riesgo.

De forma muy esquemática, puesto que algunos de estos factores se desarrollarán con mayor amplitud en otros apartados, se podría mencionar:

- Entre los **factores de vulnerabilidad**:

- *Biológicos/genéticos.*

- ⇒ Mujer adolescente.

- ⇒ Periodo de la pubertad.

- ⇒ Llegada a la menarquía con un Índice de Masa Corporal (IMC) alto o bajo. Según Morandé y cols. (1995) un 30% de los pacientes presentan previamente un IMC alto, frente a un 10% que lo tienen bajo.

- ⇒ Hermanos enfermos.

- *Rasgos personales.*

- ⇒ Baja autoestima.
- ⇒ Perfeccionismo.
- ⇒ Elevado rendimiento escolar y tendencia a la sobrecarga de actividades.
- ⇒ Trastornos afectivos.

➤ *Familiares.*

- ⇒ Historia familiar de TCA.
- ⇒ Historia familiar de trastornos afectivos.

Según algunos autores (Walters, & Kendler, 1995), en función del número de factores de riesgo que confluyan en un caso concreto, se originará un cuadro de AN típica o un trastorno alimentario más inespecífico. Entre los factores de riesgo que mencionan se incluyen los siguientes: (a) Interés por las dietas; (b) Mayor nivel cultural de los padres; (c) Baja autoestima; (d) Alto neuroticismo; (e) Sobreprotección materna.

- Se consideran **poblaciones de riesgo:**

- *Profesiones* que exigen un control constante del peso como bailarinas, modelos, gimnastas, atletas, etc.
- *Homosexualidad* en varones.
- *Problemas* médicos crónicos que afectan a la *autoimagen* como diabetes, fibrosis quística del páncreas, escoliosis, obesidad, colitis ulcerosa, etc.

II.2.4.7.- Mortalidad.

La tasa de mortalidad en la AN se sitúa en torno al 5-10% (García-Camba, Ulibarri, Nieves y González, 1998; Isager, Brinck, Kreiner, & Tolstrup, 1985; Mardomingo, 1994). La muerte puede producirse por suicidio o ser consecuencia directa de las complicaciones de esta enfermedad, lo que ocurre en un 6% de los casos (Schwartz, & Thompson, 1981).

Otros autores (Morandé y cols., 1995) consideran que se produce una mortalidad temprana, cercana al 4-5%, que se eleva al 20% en seguimientos a 20-30 años.

II.2.5.- Criterios diagnósticos.

Sintetizando lo que se ha venido diciendo hasta este momento, podríamos concluir que la AN es una patología que afecta fundamentalmente a mujeres prepúberes y adolescentes, aunque puede aparecer también en mujeres adultas y varones jóvenes. Se caracteriza por un intenso miedo a la gordura y un trastorno del esquema corporal que las hace verse gordas, por lo que quieren pesar cada vez menos, lo que conduce a una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y, en algunos casos, conductas de purga.

Este cuadro es bastante fácil de diagnosticar. Sin embargo, dado su inicio insidioso, unido al hecho de que nuestra cultura ha adoptado conductas y actitudes alimentarias propias de los TCA como “normales”, hace que, en muchos casos, cuando se detecta el problema el cuadro esté ya instalado. Existe pues un continuum desde la normalidad a la patología en el que la anorexia sería el extremo de un trastorno que se manifiesta en un espectro de formas moderadas o subclínicas (Vidal, 1997).

Hasta hace dos décadas, la forma usual de diagnóstico era por exclusión, cuando no se encontraba una patología orgánica que justificase el cuadro (Turón, 1997). En 1970, Russell establece unos criterios positivos, propios de la enfermedad: (a) La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso; (b) Hay un trastorno endocrino que se manifiesta por la amenorrea; (c) Existe un temor mórbido a engordar.

En 1972 Feighner (Feighner et al.) elabora unos criterios para el diagnóstico de la AN, que permanecen vigentes durante bastante tiempo, pero que adolecen de poca especificidad y de incluir ítems que en la actualidad no se consideran del todo correctos.

Posteriormente, la necesidad de precisar y unificar criterios hizo que los de Feighner fueran reemplazados por otros de mayor aceptación. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboran periódicamente unos manuales para el diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales, fruto de un consenso colectivo médico y que se utilizan habitualmente, tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Los criterios de ambas organizaciones, vigentes al iniciar este trabajo, se exponen a continuación, pues fueron los que se utilizaron para seleccionar la muestra de pacientes anoréxicas.

II.2.5.1.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA): DSM III-R. Diferencias con el DSM IV.

En primer lugar, se presenta la Tabla 10, con los criterios de este Manual elaborado por la APA en su tercera versión revisada, *DSM III-R* (1987).

Tabla 10. *Criterios de la APA para el diagnóstico de AN (DSM III-R).*

- | |
|---|
| <p>A) Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del mínimo para su edad y talla (ej. pérdida de peso que conlleva mantenerlo un 15% por debajo del peso normal, o ganancia ponderal menor de la esperada durante el periodo de crecimiento, que conlleva mantenerlo un 15% por debajo del peso esperado).</p> <p>B) Terror a la ganancia ponderal o a engordar, aún estando por debajo del peso aconsejable.</p> <p>C) Distorsión en la percepción del peso y de la imagen corporal (ej. la persona afirma que “se siente gorda” incluso encontrándose claramente demacrada y cree que una parte de su cuerpo está demasiado “gruesa”, aún cuando obviamente se encuentra con escasez de peso).</p> <p>D) En mujeres se produce la ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer padece amenorrea si sus ciclos menstruales aparecen solamente con tratamiento hormonal (estrógenos).</p> |
|---|

El Manual vigente en la actualidad, el *DSM IV* (1994a), tiene criterios diagnósticos bastante similares al *DSM III-R* y la diferencia fundamental estriba en que se añaden dos subtipos específicos de AN, que no se contemplan en el *DSM III-R*: el tipo restrictivo y el tipo atracón/purgativo, compulsivo/purgativo o bulímico. En la AN *restrictiva*, según se define en el *DSM IV*, la persona consigue la pérdida de peso haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de AN, estos individuos no recurren a atracones ni purgas. En el tipo *compulsivo/purgativo*, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los sujetos que pasan por episodios de atracones recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a esta clase de conductas con una frecuencia, al menos, semanal, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Hasta un 50% de los pacientes anoréxicos desarrollan síntomas de bulimia y estos subtipos se pueden alternar ocasionalmente en el mismo paciente (APA, 1993; Casper, Eckert, Halmi, Goldberg, & Davis, 1980; Kasser, Gwirtsman, Kaye, Brandt, & Jimerson, 1988).

II.2.5.2.- Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS): CIE 10. Subtipos. Diagnóstico diferencial.

La décima revisión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento, *CIE 10* (1992), considera la AN como una serie de respuestas

desadaptadas del individuo a un conjunto de situaciones vitales: biológicas, intrapsíquicas, familiares y socioculturales. Los criterios que proporciona para establecer su diagnóstico son los siguientes:

Tabla 11. *Pautas para el diagnóstico y el diagnóstico diferencial en AN (OMS: CIE 10).*

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico de la AN debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- A) Pérdida significativa de peso (Índice de masa corporal o de Quetelet menor de 17,5 y un porcentaje del 85% del peso ideal*). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- B) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: (1) rechazo al consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes: (2) vómitos autoprovocados, (3) purgas intestinales autoprovocadas, (4) ejercicio excesivo y (5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C) Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D) Trastorno endocrino generalizado, que afecta al eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida del interés sexual (una excepción aparente la constituye la presencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas, que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldora contraceptiva). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay una amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Diagnóstico diferencial.

No suele presentar dificultades. Pueden aparecer, además, síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de personalidad anormales, lo que trae consigo el problema de diferenciar o utilizar más de una categoría diagnóstica. Deben distinguirse de esta enfermedad las causas somáticas de pérdida de peso de enfermos jóvenes, incluyendo enfermedades emaciantes crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.

Excluye: Anorexia, falta de apetito (R 63.0); Anorexia psicógena (F 50.8).

*Porcentaje de peso ideal= $100 - [(x-y) \cdot 100/x]$; x = peso ideal (tablas de crecimiento); y = peso actual.

Establece y define las siguientes formas:

- **F 50.0 Anorexia nerviosa.**

La AN es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.

- **F 50.1 Anorexia nerviosa atípica.**

Este término debe ser utilizado para los casos en que faltan una o más de las características principales de la AN (F 50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico.

En el caso de los adolescentes los criterios diagnósticos no deben utilizarse de forma estricta (Fisher et al., 1995), debido a las características especiales de esta etapa evolutiva. El uso de criterios estrictos en la práctica clínica puede dificultar el diagnóstico precoz, de gran importancia para un buen pronóstico.

II.2.6.- Evaluación de la AN.

Según las recomendaciones de la APA (1993), debe realizarse una valoración global multidimensional. Esto supone cubrir una serie de aspectos.

II.2.6.1.- Historia clínica: Actitud del clínico. Información específica a obtener.

En los pacientes que se sospecha puedan padecer una AN se debe realizar una historia clínica completa, tanto individual como familiar, teniendo en consideración varios aspectos fundamentales (Morandé y cols., 1995).

- La **actitud del clínico** debe ser receptiva, evitando comentarios críticos ya que su interés es ayudar, no juzgar. También debe transmitir que se está ante una situación clínica grave, que hay que abordar con rigor, sin precipitaciones. Esta actitud es muy importante, ya que en ella se juega el acceso a una información fiable, una colaboración adecuada y la continuidad del proceso terapéutico, pudiéndose condicionar el pronóstico de la enfermedad en los primeros contactos.
- **Información específica.** Además de recoger información acerca de sus síntomas comportamentales (Apartado II.2.3), conviene recavar datos sobre:
 - Cuándo y cómo empezó el problema y hasta dónde fue, en sus inicios, un acto voluntario.
 - Si ha existido pérdida de peso, su magnitud, los kilos y oscilaciones desde el inicio del cuadro. También, si se desea seguir perdiendo peso y si se siente gordo total o parcialmente. Saber cuál es su peso ideal, para poder pactar, posteriormente, un peso adecuado.
 - Conocer la ingesta y los alimentos que consume o evita, horarios de comida y forma de comer. También si ha seguido algún tipo de dieta.
 - Saber qué métodos utiliza para perder peso.
 - Presencia o no de crisis bulímicas: cuándo se iniciaron, frecuencia, si hay algún factor precipitante y si existen periodos asintomáticos.
 - Historia menstrual.
 - Historia psicosocial del paciente: relación familiar y escolar/laboral.

- Repercusión social: hasta qué punto está aislado.
- Historia clínica completa ya que puede haber otra patología orgánica y/o psiquiátrica asociada.

II.2.6.2.- Exploración física. Complicaciones médicas.

Tras la entrevista, se realizará una **exploración completa** en todas las visitas de carácter médico, con el paciente desnudo, siendo el examen físico un elemento más en la toma de conciencia con respecto a la enfermedad. Debe incluir siempre medidas antropométricas, al menos peso y talla para determinar el IMC, así como las constantes vitales (pulso tensión arterial, temperatura).

A continuación, se incluye una tabla en la que figuran las posibles **complicaciones médicas** que pueden aparecer en la AN (Morandé y cols., 1995), que ilustra tanto la complejidad como la gravedad que este cuadro puede llegar a adquirir, en su vertiente física.

Estas complicaciones se detectarán mediante pruebas complementarias, más o menos amplias, según la clínica que presente cada paciente.

Tabla 12. *Complicaciones médicas de la AN.*

<p>❖ Metabólicas.</p> <p>Hipotermia, deshidratación.</p> <p>Alteraciones electrolíticas: hipokaliemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipofosfatemia.</p> <p>Hipercolesterolemia e hipercolesterolemia.</p> <p>Hipoglucemia y elevación de las enzimas hepáticas.</p> <p>❖ Cardiovasculares.</p> <p>Hipotensión, bradicardia, intervalo QT prolongado, arritmia.</p> <p>Disminución del tamaño cardíaco.</p> <p>Respuesta al ejercicio alterada.</p> <p>Derrame pericárdico.</p> <p>Fallo cardíaco congestivo.</p> <p>Síndrome de la arteria mesentérica superior.</p> <p>Prolapso de la válvula mitral.</p>

❖ **Neurológicas.**

Atrofia cerebral (TAC, RNN).

EEG anormal.

Neuritis periférica.

Convulsiones.

Actividad autonómica alterada.

❖ **Hematológicas.**

Anemia: normocrómica, normocítica o ferropénica.

Leucopenia, linfocitosis relativa, trombocitopenia.

Médula ósea hipocelular.

Disminución de proteínas plasmáticas.

Disminución de la VSG.

❖ **Renales.**

Azotemia pre-renal.

Fallo renal crónico o agudo.

❖ **Endocrinológicas.**

Retraso del crecimiento y desarrollo puberal (adolescentes).

Disminución de gonadotropinas, estrógenos y testosterona.

Síndrome eutiroideo.

Aumento de cortisol.

Aumento de la hormona de crecimiento.

❖ **Musculo-esqueléticas.**

Calambres, tétanos, debilidad muscular, miopatía.

Osteopenia, fracturas por estrés.

❖ **Gastroenterológicas.**

Hinchazón de glándulas salivares, caries dental y erosión de esmalte.

Retraso de vaciamiento gástrico, estreñimiento agudo y obstrucción.

Esofagitis, reflujo G-E.

❖ **Inmunológicas.**

Infección bacteriana (estafilococos con abscesos en pulmón, tuberculosis).

❖ **Dermatológicas.**

Acrocianosis.

Pelo y uñas quebradizas, pérdida de pelo.

Lanugo.

Signo de Russell (callosidades sobre nudillos de manos).

Edemas.

II.2.6.3.- Evaluación del estado mental: Cuestionarios específicos. Evaluación psicológica.

La APA (1993), en el caso de los TCA, recomienda que se realice la recogida de datos con la ayuda de algunos instrumentos estandarizados (Allison, 1995), como la entrevista semiestructurada *Eating Disorders Examination* (Cooper, & Faiburn, 1987) o alguno de los muchos cuestionarios autoaplicados existentes como el *Eating Disorders Questionnaire* (Mitchell, Hatsukami, Eckert, & Pyle, 1985), el *Diagnostic Survey for Eating Disorders* (Johnson, 1985) , el *Stanford Eating Disorders Questionnaire* (Agras, 1987) o el *Eating Disorders Inventory (EDI)*: Garner, Olmsted, & Polivy, 1983, 1984).

- Entre estos **cuestionarios específicos**, los más utilizados en nuestro país, son:
 - *Eating Attitudes Test (EAT)*, de Garner y Garfinkel (1979): Se trata de un cuestionario autoaplicado, compuesto por 40 ítems, que hacen referencia a síntomas y conductas propias de la AN y proporciona un índice de gravedad del trastorno; está estandarizado en nuestro medio (Castro, Toro, Salamero, & Guimerá, 1991).

Los ítems pueden agruparse en siete factores que reflejan: (1) Preocupación por la comida. (2) Imagen corporal con tendencia a la delgadez. (3) Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos. (4) Dieta. (5) Comer lentamente. (6) Comer clandestinamente. (7) Percepción de la presión social para aumentar el peso. Una puntuación superior a 30 puntos es compatible, según los autores, con el diagnóstico de AN.

Existe una versión reducida, *EAT-26*, para discriminar la presencia/ausencia de TCA.

- *Eating Disorder Inventory (EDI)*, de Garner, Olmsted y Polivy (1983): Es un cuestionario autoaplicado diseñado para evaluar los rasgos psicológicos y de comportamiento comunes a la AN y BN.

Está compuesto por 64 ítems, con 8 subescalas que miden: (1) Búsqueda de la delgadez,

preocupación por la dieta y el peso. (2) Bulimia, que puede asociarse a vómitos autoinducidos. (3) Insatisfacción ante la propia imagen corporal. (4) Sentimientos de insuficiencia, inseguridad y falta de control. (5) Perfeccionismo. (6) Desconfianza en las relaciones interpersonales. (7) Conciencia interoceptiva, que refleja la incapacidad para reconocer e identificar adecuadamente las emociones y sensaciones de hambre y saciedad. (8) Miedo a la madurez.

Su versión posterior, *EDI-2* (Garner, 1991), añade tres subescalas más: ascetismo, regulación de impulsos e inseguridad social. Presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez.

➤ *Anorectic Behavior Observation Scale for Parents (ABOS)*, de Vandereycken (1992): Se trata de un cuestionario autoaplicado en el que la información se obtiene a través de los padres de pacientes con TCA. Puede utilizarse como instrumento para la evaluación y para la detección precoz de estas patologías, ya que los/las pacientes suelen negar o disminuir la sintomatología de sus trastornos y la observación externa y objetiva puede ser de gran ayuda

➤ *Body Shape Questionnaire (BSQ)* de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987): Es un cuestionario compuesto por 34 ítems que explora el grado de ansiedad que las pacientes experimentan respecto a su propio cuerpo.

➤ *Body Attitudes Test (BAT)* descrito por Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden (1995): Explora la actitud y grado de satisfacción con la propia imagen.

• **La evaluación psicológica de la personalidad** puede llevarse a cabo con los instrumentos habituales, usados para otros trastornos. En una revisión de la literatura realizada por Lasa y Canedo (1997), encuentran que los cuestionarios más utilizados para estudiar estas patologías son el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, de Hathaway y McKinley (1967/1988), enfocado al estudio de la psicopatología; el *Inventario*

Clinico Multiaxial (MCMI), de Millon (1982), destinado a evaluar trastornos de personalidad y, secundariamente, la presencia de distintos síndromes clínicos y, finalmente, el *Eysenck Personality Inventory (EPI)*, de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1964/1990). Algunos autores recomiendan una valoración intelectual de estas pacientes (Cervera y Gual, 1998; Cervera y cols., 1995) con el test de *Raven* o similares, aunque, personalmente, creo que esta evaluación sólo es necesaria cuando haya dudas en cuanto a la capacidad intelectual del paciente. Asimismo, en mi experiencia clínica ha resultado una práctica recomendable, en la evaluación psicológica, el uso combinado del test *Rorschach* y *MMPI*, aspecto que, por su importancia, será comentado posteriormente con mayor detalle (Apartado II.3.3). Aquí conviene señalar únicamente que esta combinación supone la unión de un autoinforme psicológico, dentro de los parámetros de un test de formato fijo de respuesta (*MMPI*), con un test perceptual-cognitivo (*Rorschach*), que permite mayor libertad de respuesta y que aporta información tanto de la estructura cognitiva del sujeto como de su imaginaria temática. De esta forma, se busca aumentar la exactitud diagnóstica y las inferencias clínicas, de cara a la planificación del tratamiento (Sendín y García Alba, 1996a, Julio) y a ulteriores evaluaciones del mismo (Sendín, & García Alba, 1994; Sendín y García Alba, 1996a, 1996b, Julio).

II.2.7.- Tratamiento: Objetivos. Técnicas. Evaluación.

- El **tratamiento** se debe instaurar lo más pronto posible, en las primeras fases de la enfermedad, ya que cuanto más precoz sea, mejor será su pronóstico. Debe cubrir una serie de **objetivos generales**: (a) evitar la muerte del paciente; (b) evitar su cronificación; (c) iniciar su recuperación física y mental.

Su realización es compleja y costosa, pues requiere un equipo multidisciplinar

(pediatra/médico de familia, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, personal de enfermería y, en ocasiones, asistente social) para poder intervenir en las diversas áreas disfuncionales (Apartado II.2.6). Supone:

➤ *Aspectos médicos.* Abarcan: (a) Renutrición y realimentación del paciente. Actualmente se sabe que la realimentación es básica para romper el círculo de perpetuación de los TCA, ya que estos cuadros están mantenidos, en parte, por el propio desorden alimentario. Cualquier plan de tratamiento debe incluir métodos para normalizar la alimentación, cosa que, aunque parece obvia, se olvida con gran frecuencia en la práctica clínica. (b) Obtención y mantenimiento del peso adecuado. (c) Tratamiento de las complicaciones médicas.

➤ *Aspectos psicoterapéuticos.* Se mencionará aquí lo expuesto en las Primeras Jornadas sobre AN del Hospital del Niño Jesús de Madrid (García Alba, 1996; 1997, Octubre). Una vez terminado el proceso diagnóstico, se inicia el tratamiento psicoterapéutico del/la paciente y de su familia. Es, habitualmente, un compromiso que se extenderá durante al menos dos años y que con frecuencia se prolonga hasta cuatro o cinco años. El establecimiento de una adecuada relación con el/la paciente y sus familiares es la primera condición para que no se produzcan interrupciones prematuras.

En cada caso, en función de la evaluación realizada (García Alba y Moreno, 1995), se elegirá el tratamiento más idóneo. Esto supondrá decidir sobre una serie de aspectos:

⇒ *Tratamiento farmacológico*, en caso de que sea preciso. Si hay predominancia de sintomatología depresiva, está indicada la utilización de amitriptilina (o ciproheptadina en anoréxicos restrictivos). Si hay grave sintomatología obsesivo-compulsiva, ansiosa y de agitación, posiblemente se requerirá clorpromazina. En caso de utilizarse medicación, se trata de un tratamiento complementario, nunca único.

⇒ Coordinación con Atención Primaria (AP). Si la asistencia se realiza desde el sector

público, el Centro en el que se está llevando a cabo el tratamiento (Salud Mental/Centro Especializado) tendrá que coordinarse con los otros profesionales que atienden al paciente, para colaborar en su terapia nutricional y de recuperación ponderal. Este trabajo en equipo resulta esencial para lograr un mejor pronóstico (Madruga, Morandé, Martínez y Caspir, 1991).

También habrá que acordar, si es posible conjuntamente, la hospitalización cuando sea preciso (causas psicológicas/físicas) y será necesario ir tomando decisiones sobre los problemas que vayan surgiendo a lo largo del tratamiento, que suelen ser múltiples (recaídas, interrupciones, desacuerdos, etc.).

⇒ *Coordinación Hospitalaria:* En caso de requerir un ingreso hospitalario en algún momento, situación habitual en un 45% de los casos, sería aconsejable que la decisión se tomara de forma coordinada entre el médico de AP, la persona responsable del paciente en el Hospital y el profesional que lleva a cabo su tratamiento psicoterapéutico ambulatorio. La finalidad de esta actuación conjunta es evitar cortes bruscos en el tratamiento, que parecen favorecer los reingresos.

Todas estas coordinaciones, que en teoría están muy claras, en la práctica no siempre se pueden llevar a cabo, influyendo en ello múltiples causas: problemas de escasez de tiempo, dificultades y suspicacias de los propios profesionales que intervienen en el tratamiento, etc. No obstante, resulta evidente que cuando esto se logra, mejora el pronóstico notablemente y se mitiga, en parte, la sensación de soledad que existe entre los profesionales, cuando se abordan patologías tan complejas y resistentes.

⇒ *Psicoterapia:* Es la base del tratamiento a largo plazo (APA, 1993). Debe incluir:

* *Padres.* El trabajo con la familia es indispensable. Hay que calmar su angustia, lograr una mejor estructuración e interacción en su medio, enseñarles cómo actuar ante el problema

específico, etc. Si bien la familia no es la causa del problema, según la opinión más compartida (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991), puede ser uno de los principales factores de mantenimiento y su colaboración es un factor de buen pronóstico, ya que asegura el cumplimiento del tratamiento. Puede llevarse a la práctica por medio de diversas opciones: terapia familiar, grupos de padres, técnicas de asesoría y consejo, etc.

* *Tratamiento al Paciente:* Aunque el control de la evolución nutricional es tarea médica, la psicoterapia cumple inicialmente una función de apoyo de la realimentación y de su normalización. Muchos autores sostienen que la psicoterapia comportamental y cognitiva es la de elección en estos momentos (Garner, & Bemis, 1982). Si el equipo en el que se trabaja cuenta con recursos suficientes, puede programarse así, ya que el abordaje de los TCA por un equipo multidisciplinario es lo idóneo y resulta muy dudoso que un terapeuta, trabajando sólo, pueda atender adecuadamente a un paciente anoréxico. Sin embargo, ésta no es la situación más habitual en la práctica y los casos suelen ser abordados por un profesional (psiquiatra o psicólogo) que, lógicamente, no es especialista en todas las técnicas terapéuticas. En estos casos, sea cual fuere la orientación teórica desde la que un profesional se sitúa, de lo que no cabe duda es de que el tratamiento de los TCA, por su complejidad, supone al técnico una dilatación de límites muy importante, es decir, un esfuerzo por evitar reduccionismos ideológicos (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994/1996).

La **psicoterapia**, de forma progresiva, se transforma en el eje del tratamiento. Va a cubrir una serie de **objetivos** que, de forma general, se podría resumir en los siguientes aspectos a tener en cuenta: (a) Aceptación de la enfermedad. (b) Disminución de la ansiedad y aspectos fóbicos ante la comida, el peso, los estudios o trabajo, etc. (c) Adecuado manejo del malestar corporal y aceptación de la corporalidad. (4) Reconocimiento y expresión de

emociones. (e) Búsqueda de soluciones más adaptativas a los problemas y mejora de las habilidades sociales. (f) Aumento de la autoestima. (g) Modificación y adecuación de la forma de pensar (ideación anoréxica). (h) Recuperación de la identidad real. (i) Recuperación de aspectos sociales: estudio, trabajo, amigos, familia. (j) Otros aspectos, peculiares de cada caso en particular.

- La **técnica** para llevar a cabo estos objetivos puede ser individual, grupal o familiar. En la mayoría de los casos es necesario disponer de una serie de recursos psicoterapéuticos que incluyan todas estas posibilidades. Sobre la elección de uno u otro método, se pueden hacer unas puntualizaciones, que sirvan de punto de partida para posteriores decisiones:

- Para los cuadros de anorexia incompletos y de inicio en la adolescencia parece que, según la mayoría de autores (APA, 1994b; Russell, Szmulker, Dare, & Eisler, 1987), el procedimiento de elección es el abordaje familiar. Evaluando el tratamiento familiar versus tratamiento individual, realizado a pacientes con anorexia después de una hospitalización, parece haber un claro beneficio en favor de la terapia familiar en pacientes jóvenes (menores de 18 años) y poco cronificados (curso inferior a dos años), frente a la terapia individual, según señala Woodside (1995).

- En los cuadros ya instaurados, no se ha demostrado la superioridad de ninguna de las diversas opciones (individual, grupal, familiar), en las investigaciones realizadas. Por ello, el proceso diagnóstico efectuado va a ser el que va a determinar, preferentemente, la indicación terapéutica de cada caso concreto (Exner, & Weiner, 1982), junto con la orientación terapéutica del técnico que realiza el tratamiento (Ochoa, 1996). La mayoría de casos va a requerir la utilización conjunta de diversas técnicas integradas.

- Posteriormente, la **evaluación del tratamiento** al cabo de un tiempo, con la repetición de las pruebas aplicadas al inicio (García Alba y Sendín, 1987; Sendín, & García Alba, 1994),

permitirá valorar hasta qué punto la opción terapéutica elegida está resultando o no eficaz y qué modificaciones requiere el tratamiento que se está llevando a cabo.

II.2.7.1.- Curso. Pronóstico.

El **curso** de la enfermedad varía desde un episodio único, con recuperación psicológica y de peso corporal, en aquellas formas ligadas a la crisis de la adolescencia (Brusset, 1990), hasta un curso no remitente que acaba con la muerte del/la paciente (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994/1996). Pero, en general, el **pronóstico** no es bueno, no pudiéndose hablar de curación antes de los 4 años de evolución (Morandé y cols., 1995). Recientemente se han publicado varios estudios de seguimiento a largo plazo, junto a los ya más clásicos existentes; todos ellos arrojan resultados variables (Halmi y cols., 1991; Hsu, & Crisp, 1979; Morgan, & Russell, 1975; Theander, 1970). En general, se admiten los resultados que se ofrecen en la siguiente tabla (Morandé y cols., 1995).

Tabla 13. *Evolución de la AN.*

❖ Mortalidad	20% a los 20 años.
❖ Recuperación	40-50% a los 20 años.
❖ Cronificación	20% a los 20 años.
Los estudios realizados con adolescentes muestran una recuperación a los 5 y 7 años entre 76-86%.	

Uno de los objetivos globales de todo tratamiento, además de evitar la muerte del paciente, es impedir su cronificación, que en enfermos de más de 5 años de evolución fluctúa entre el 30%-40% y a 20 años de seguimiento alcanza el 20% (Morandé y cols., 1995). Para otros autores, la evolución hacia la cronicidad e invalidez se da en un 25% de casos (Beumont, Russell, & Touyz, 1993). Con los pacientes crónicos la actuación debe ser realista, asegurándoles una mínima calidad de vida y apoyo psicoterapéutico por si se produce algún

cambio. Pueden también precisar, al igual que otros pacientes crónicos, hogares protegidos, hospitales de día y ayudas económicas.

Las investigaciones consultadas indican que entre el 50-70% de pacientes con AN evolucionan hacia la BN y, con frecuencia, existe una alternancia sintomática en una u otra dirección (Chinchilla, 1995).

No existe ningún factor cuya influencia sobre el pronóstico de la enfermedad se haya podido demostrar claramente. Sin embargo, pueden ser orientativos los factores que se mencionan en la siguiente Tabla.

Tabla 14. *Factores de pronóstico desfavorable en AN.*

II.2.7.2.- Prevención: Signos de alarma.

Una labor más esperanzadora es la de **prevención**, habitualmente llevada a cabo por pediatras y médicos de familia. Estos profesionales, en los controles periódicos de salud deberán incluir preguntas sobre hábitos de alimentación y aceptación de la figura corporal (Sendín, García Alba, Pérez, Álvarez, 1996, Agosto). Actualmente, las dietas son frecuentes, por lo que es importante identificar signos de alarma que puedan hacer pensar que esa dieta se sale de lo habitual.

Tabla 15. *Signos de alarma en AN.*

❖ Dieta asociada a objetivos de pérdida de peso crecientes.
❖ Dieta asociada a un rechazo creciente a la figura corporal.
❖ Dieta asociada a un aislamiento social progresivo.
❖ Dieta asociada a amenorrea.
❖ Evidencia de actividad purgativa (vómitos, laxantes, diuréticos).

Hay que insistir en que la detección precoz de la AN es fundamental, ya que posibilita un tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad, factor que se asocia con un mejor pronóstico, sobre todo en los pacientes más jóvenes.

II.2.8.- Etiopatogenia.

Una de las principales características de esta enfermedad es la contradicción que existe entre su notable coherencia clínica y la obligación teórica de recurrir a múltiples perspectivas para no caer en reducciones inaceptables. Por ello, en este apartado, se intentará sintetizar las principales interpretaciones nosológicas que ha tenido y tiene el cuadro de la AN desde distintas perspectivas teóricas.

II.2.8.1.- Perspectiva psicoanalítica. Movimiento psicosomático.

Desde esta aproximación, la AN es la expresión de un conflicto intrapsíquico través de la vía oroalimenticia. El rechazo del alimento está relacionado con un simbolismo oral primitivo.

- Se parte del psicoanálisis tradicional de Freud, de sus trabajos *Un caso de curación hipnótica* (1892/1972), *Estudios sobre la histeria* (1895/1972) y *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905/1972). En principio este autor relaciona la AN con la histeria y,

posteriormente, con la melancolía. Las aportaciones ulteriores más interesantes corresponden a Abraham, Fenichel, Thoma, Mannoni, Kestemberg y Brusset, entre otros.

- Kestemberg, Kestemberg y Decobert (1972), basándose en sus observaciones han ofrecido una elaboración metapsicológica que les conduce a describir una organización narcisística original, relacionada con la psicosis.

- Chinchilla (1983) sintetiza las formulaciones psicodinámicas de AN, realizadas por Sours en 1974, en una constelación compuesta por los siguientes puntos:

- Sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en relación con el conflicto edípico.
- Apatía y depresión por la pérdida del objeto.
- Intento complaciente de acercarse a la madre a través de una identificación regresiva.
- Deseos de muerte contra la madre vía impulsos incorporativos destructivos.
- Relación hiperdependiente y seductora con el padre.
- Respuesta de evitación ante un conflicto postpuberal.
- Intento de ganar autonomía e independencia en el comportamiento.
- Rechazo del deseo de estar embarazada, mediante la privación de alimentos.
- Tendencias sádico-orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos y destructivos.
- Control pasivo y hostil de la familia que ha investido la alimentación de un simbolismo cultural.
- Identificación femenina en los pacientes varones; deseo de eliminar la adiposidad asociada a la figura femenina.
- Intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento, que conduce a la interrupción del metabolismo sexual y, por tanto, de la excitación sexual.

➤ Perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y reconocimiento de los estados físicos; omnipresente sensación de ineficacia.

• Brusset (1990) resume las particularidades centrales de la organización psíquica de la AN, que, en su opinión son:

➤ En la vertiente *narcisista*, la fragilidad inherente a la posición megalomaniaca y al deseo de autosuficiencia, de control y de dominio omnipotentes. Esta fragilidad se manifiesta en la necesidad de valoración y de confirmación narcisista, que hace a estas personas excesivamente dependientes de la aprobación y de la admiración de los demás.

➤ En la vertiente *objetal*, Brusset señala un auto-erotismo profundamente regresivo, en el que los vínculos con las zonas erógenas desaparecen y que determina la erotización de la sensación de hambre y una regresión pre-objetal con la madre. Estos conflictos fundamentales suscitan el aislamiento, escisiones múltiples y la proyección en el cuerpo.

El antagonismo de los investimentos narcisistas y objetales se observa fácilmente en todos los aspectos clínicos por los que la restricción anoréxica se asemeja al ascetismo religioso, adoptado como modelo de mecanismo de defensa típico de la adolescencia (Anna Freud, 1946/1971). Es la satisfacción que produce el renunciamento, la restricción, el rechazo, el placer de vencerse que se reaviva con los fracasos.

• Pérez Galdós (1998, Junio) enfatiza la importancia de la aparición de la AN en el periodo evolutivo de la adolescencia, etapa en la que tiene lugar una explosión sexual importantísima y una reedición del conflicto edípico, que supone la reaparición de los deseos sexuales en relación con las figuras parentales, pero en un cuerpo ya sexuado, con posibilidad de ejercer la sexualidad. El adolescente necesita tiempo y un trabajo psíquico tremendo para asumir las pérdidas (el cuerpo infantil, las identificaciones anteriores, sus objetos de amor originarios) y lograr identificaciones propias y definitivas, consiguiendo así

superar esta etapa.

La anoréxica, en esta difícil situación, hace una negación brutal de la realidad a partir de la escisión del yo, que divide su mente por un lado y su cuerpo por el otro, que así puede ser negado. Este mecanismo de negación es similar al del psicótico, pero mientras éste niega la realidad y se sumerge en su mundo, la anoréxica niega su cuerpo. Esta negación abarca la totalidad de la enfermedad, tanto en sus aspectos físicos como psicológicos, lo que hace que no se sienta enferma y que, incluso, niegue la posibilidad de morir. Hace además una retirada libidinal de su interés por el otro, regresando a una fusión con la madre, a una relación narcisística propia de la etapa oral canibalística (Pérez Galdós, 1998, Junio). La actividad sexual ya no es fuente de placer, sino que ahora el placer queda reducido a poder dominar el hambre y ejercer gran actividad tanto motora como intelectual. Aparecen rasgos de perversión en relación con la comida (mentiras, engaños, negación de lo evidente, etc.) y también en las conductas megalomaniacas de dominio de sus necesidades y de manipulación de su entorno, al que le imponen su delgadez de forma tiránica. En este contexto, los patrones estéticos vigentes son un condicionante sociocultural externo, pero la base del problema, según esta autora, es la regresión a la relación narcisística con la madre.

- Finalmente, cabe mencionar en este apartado el **movimiento psicosomático**, nacido del psicoanálisis en 1930, pero que en la actualidad no mantiene un único enfoque. La patología psicosomática abarca los desórdenes orgánicos, lesionales o funcionales, cuya génesis y evolución admiten una participación psicológica prevalente; la afectación del cuerpo y del psiquismo tiene lugar al mismo tiempo, con interacciones y organizaciones etiológicas recíprocas. La AN se incluiría en este concepto. Para Alexander (1950), padre de la psicosomática psicoanalítica, la AN se inscribe en el terreno de las reacciones psicofisiológicas que traducen, en lenguaje del sistema nervioso vegetativo, lo descrito

como *reacción de conversión* por Freud. Por el contrario, otros autores (Kreiser, 1990) despojan al desorden psicossomático de cualquier significado simbólico y señalan que en estos pacientes se produce una ausencia de libertad fantasmática, que se traduce en una imposibilidad del inconsciente para aparecer en forma de representaciones (Marty, M'uzan, David, 1963). Chinchilla (1983) considera que la AN es una enfermedad psicossomática con una fisiodinamia propia y en cuya psicodinamia comparte el punto de vista de la escuela de López Ibor (1966). La considera, una forma de melancolía, un equivalente depresivo, basándose en la *splencia sindrómica*, hecho que señalan algunos autores (Chinchilla, 1983; López-Ibor Aliño, 1972), llegando incluso a decir, en esta época, que más que equivalentes o cuadros enmascarados serían depresiones mal diagnosticadas.

II.2.8.2.- Perspectiva sistémica.

Una serie de autores, partiendo del psicoanálisis, describen hechos significativos de la AN que, a su vez, originan importantes investigaciones científicas. Entre éstos cabe mencionar a Hilde Bruch y Mara Selvini-Palazzoli.

- Bruch en su obra más conocida dedicada a la anorexia, *La jaula de oro* (1978), plasma su visión de este tipo de pacientes. La anoréxica es, según esta autora, una muchacha con unos padres en constante competición por sacrificarse por su hija, a la vez que le plantean unas exigencias muy extremas, difíciles de alcanzar, especialmente relacionadas con el aspecto físico, el comportamiento en general y el rendimiento entendido como éxito. Los problemas específicos, que posteriormente conducirán a la AN, se gestan en la primera infancia, básicamente en las primeras experiencias entre la madre y el lactante. La madre, en estos casos, habría respondido a sus demandas de privación o saciedad de forma inadaptada, negligente o excesiva. Estos aprendizajes precoces falsos no le permiten, en lo sucesivo,

reconocer las necesidades de su propio cuerpo y, secundariamente, originarán una alteración de la percepción de la imagen del cuerpo.

Bruch destaca tres trastornos centrales en la AN: (1) La alteración de la imagen corporal. (2) Las distorsiones interoceptivas que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas. (3) El sentimiento de ineficacia social, como consecuencia de experiencias de aprendizaje adverso (Bruch, 1962). La autora incorpora a su enfoque del trastorno las etapas de la evolución cognitiva postuladas por Piaget (1959/1972). Partiendo de los procesos de acomodación y asimilación como motores sustantivos del desarrollo cognitivo, defiende que la anoréxica experimenta un déficit de comportamientos iniciados por ella misma, lo que la deja a merced de la influencia ambiental. Asimismo, no pasa a la etapa de las operaciones abstractas, manteniéndose dentro de un pensamiento sencillo, egocéntrico. Este déficit cognitivo, junto con la dificultad para reconocer los estados internos, determina su vulnerabilidad para la AN en una época, la adolescencia, de elevadas exigencias de autonomía, separación, abstracción y autocontrol.

- Selvini inicia igualmente el abordaje del problema anoréxico partiendo de las relaciones primarias madre-hijo (Selvini Palazzoli, 1963), evolucionando posteriormente y pasando a considerar que el *sistema familiar* es el factor central de esta patología.

La *escuela de Milán*, con autores como Selvini Palazzoli a la cabeza y Prata entre sus seguidores, a través de sus estudios clínicos de familias de muchachas anoréxicas, llegan a describir lo que a su juicio son características predominantes de la interacción familiar.

Las relaciones entre los padres, sin problemas aparentes, se caracterizan por la negación de los conflictos. En relación a los hijos cada padre parece estar tan satisfecho en la misma medida en que experimenta insatisfacción respecto al otro, haciendo que con ello el pequeño permanezca inmaduro y dependiente (Selvini Palazzoli, 1985). Es importante también el

reconocimiento que se hace, en esta última obra, de la indiscutible y decisiva influencia de los factores culturales y sociales en la génesis de la AN. Establece una relación directa entre la escala de valores de autodisciplina, éxito, el cuerpo y la imagen femenina y la patología anoréxica. Habla de la influencia de los medios de comunicación, de las modas y de las dietas. Todos estos aspectos se enfatizan en las teorías más actuales.

- Prata (1998, Junio) considera que la anorexia es una enfermedad propia de una sociedad rica, con muchos alimentos, donde está de moda la delgadez y lo unisex y en la que la jerarquía se discute. Cree que en épocas anteriores había causas de conflicto más graves, pero al haber una jerarquía más fuerte, la gente aguantaba más, sin rebelarse ni protestar.

La adolescente anoréxica, se presenta como una caricatura, la caricatura del individuo vencedor, decidido, rápido, delgado, sin horarios vinculantes para comer, para acostarse, en suma sin límites en sus movimientos ni en sus necesidades. Parece una persona autónoma y autárquica, pero sólo es una utopía, porque no es autónoma ni independiente. Es vencedora en su comportamiento anoréxico, pero no en el social ni en el relacional y lo es a base de aliarse con los síntomas.

En la familia anoréxica el criterio del éxito o fracaso es la medida de valoración que se utiliza entre sus miembros. Importa el éxito (escolar, económico, belleza, etc.), pero el éxito, cuando se logra, es algo normal que no se valora; en cambio, si no se consigue se es despreciado. Nadie valora ni confirma al otro porque eso supondría colocarse por debajo, en esa polarización semántica vencedor-perdedor, eje en torno al cual gira la familia. Por ello, son estructuras relacionales en las que hay pulsos, simetrías, confrontaciones y tensiones muy grandes. Cada miembro considera sus propios comportamientos como una respuesta a las conductas de los otros miembros de la familia, todo es relacional. La conducta anoréxica es una huelga no declarada, un instrumento para buscar y asumir el poder, una búsqueda de

confirmación como bien supremo ya que su posición es la de perdedora y se trata de lograr valoración a cualquier precio. Todas estas interacciones mantienen el trastorno (Dare, Le Grange, Eisler, & Rutherford, 1994; Kramer, 1988)

- Otro autor importante dentro de esta perspectiva sistémica es Minuchin, del *grupo de Filadelfia*. Este grupo (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978), se ha dedicado a estudiar las características de familias con niños afectados de enfermedades psicosomáticas. Para ellos, la AN es un trastorno psicosomático más, gestado en un ambiente similar y de modo semejante a los observados en la diabetes o el asma. Estas características familiares son: (a) Relaciones entre sus miembros extremadamente cercanas, con límites confusos y escasamente definidos. (b) Sobreprotección generalizada hacia los hijos. (c) Rigidez en el mantenimiento de la situación actual, no aceptando los cambios propios de la evolución infantil y adolescente. (e) Ausencia de resolución de los conflictos que se producen. (d) Implicación del hijo en la conflictividad conyugal, lo que se considera como un factor clave, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la sintomatología.

Este concepto desarrollado por Minuchin ha dado lugar a múltiples estudios, arrojando resultados variables. Algunos de ellos observan diferencias entre familias anoréxicas y familias no-pacientes (Kog, & Vandereycken, 1989; Kramer, 1988), pero no siempre coincidentes con las características descritas por Minuchin, lo que lleva a pensar que no existe un patrón familiar único o típico.

Que la AN implica conflictos familiares en la práctica totalidad de los casos es un hecho fuera de toda duda, generalmente admitido por todos los modelos. Lo que se pone en duda, desde otras ópticas, es el hecho de que los conflictos sean previos a la aparición de la AN y, sobre todo, que tales conflictos sean la causa del desarrollo posterior del cuadro (Garfinkel, & Garner, 1982). En un estudio que realizan Huon y Brown (1984) comparan a 25

anoréxicas con 136 jóvenes normales en la variable “conflictividad familiar”, no hallando diferencias entre ambos grupos, salvo en lo que se refiere a “críticas sobre la comida”, que son más frecuentes en el grupo de anoréxicas.

II.2.8.3.- Perspectiva organicista.

En los pacientes anoréxicos se considera que existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendocrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan son responsables de muchas de sus manifestaciones, potencialmente reversibles con la recuperación del estado nutricional. Las alteraciones a nivel de los ejes hipotálamo-hipofisario-gonadal y suprarrenal, las modificaciones en la secreción de la hormona de crecimiento, la aparición de alteraciones en la función neurohipofisaria y en la termorregulación, etc., apuntan a la existencia de una disfunción hipotalámica (Toro y Vilardell, 1987). Sin embargo, a pesar de los numerosos estudios realizados no queda claro si la disfunción hipotalámica es primaria o secundaria a la pérdida de peso (Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce, 1990), ya que alteraciones similares a las descritas en la AN se han observado en adultos con malnutrición calórico-proteica y en mujeres obesas que disminuyen de peso tras realizar dietas restrictivas (Torres y Crespo, 1997).

Mecklenburg y cols. señalan tres mecanismos (Chervin y Vitale, 1983) mediante los cuales el hipotálamo posiblemente intervenga en la patogénesis de la AN: (1) El estado de inanición puede lesionar de forma directa el hipotálamo; (2) La disfunción hipotalámica es secundaria a una anomalía psicológica. Según Bhanji y Mattingly (1988) el estrés psicológico, en un individuo vulnerable, puede producir en el hipotálamo cambios bioquímicos reversibles que provoquen estas alteraciones perpetuadas con la pérdida de

peso; (3) La AN es una alteración hipotalámica primaria, que produce alteraciones psicológicas de tipo secundario. La hipótesis generalmente más aceptada supone un origen psicológico de la afección.

En estudios clínicos se ha observado que en los/las anoréxicos/as de bajo peso se producen los siguientes hallazgos:

- *Alteración de los neurotransmisores* (Toro y Vilardell, 1987; Russell, 1977). En líneas generales se puede decir que los niveles de *noradrenalina* están disminuidos (Gross, Lake, Ebert, Ziegler, & Kopin, 1979). Esta disminución es considerada como consecuencia de la inanición y pérdida de peso (Toro, 1995) y es responsable, en gran parte, de la hipotensión y bradicardia anoréxicas y, en menor medida, de la amenorrea. Sin embargo, estos niveles bajos de noradrenalina persisten en pacientes que han recuperado su peso, según estudios de seguimiento a largo plazo (Kaye, Ebert, & Raleigh, 1984). Este hallazgo ha sido relacionado por algún autor con la disminución del apetito que se observa en estos/as pacientes.

Se constata, además, una reducción de los niveles de *serotonina*, que se atribuye al aumento de las endorfinas producido en estos pacientes, ya que las endorfinas provocan una aceleración del recambio de serotonina. También se relaciona con la reducción de los niveles de triptófano, debido a la restricción de la ingesta de los hidratos de carbono (Mardomingo, 1994). A priori, la importancia de la serotonina justifica la multiplicidad de investigaciones llevadas a cabo, ya que está implicada en los trastornos psiquiátricos que suelen asociarse a la anorexia, desempeña un papel importante en la regulación de los comportamientos ingestivos y tiene una clara influencia en la restricción alimentaria (Toro, 1995).

Los neurotransmisores en estado disfuncional, aunque no estén en dicho estado a consecuencia del déficit alimentario/nutricional, pueden cimentar depresión, impulsividad,

adiciones, tendencia al suicidio, obesidad, etc., es decir, una serie de trastornos que abundan sobremanera en los/las pacientes anoréxicos/as. Por ello, hay que considerarlos como factores importantes en la perpetuación del cuadro anoréxico y de sus consecuencias (Toro, 1995).

- La reducción de la ingesta y la disminución del peso producen, en el/la paciente anoréxico/a, una serie de *alteraciones endocrinas*. Los niveles de *cortisol* están aumentados debido a la estimulación de las glándulas suprarrenales por el hipotálamo, a través del aumento de la secreción de corticoliberina (CRH). Se ha observado que la elevación de CRH en el líquido cefalorraquídeo (LCR) es mayor en los anoréxicos con sintomatología más severa (Mardomingo, 1994). Todas estas anomalías remiten cuando se recupera el peso.
- Se describen otras alteraciones endocrinas como las del *eje hipotálamo-hipofisario-gonadal*: Hay una disminución de los niveles de *gonadotropinas*, de *folitropina (FSH)* y de *lutropina (LH)*. El patrón de funcionamiento del eje en estas pacientes es similar al de las niñas prepúberes y produce la amenorrea característica de la AN. La amenorrea se presenta antes de que la pérdida de peso sea significativa, en una proporción de anoréxicas que oscila entre un 33%-50% (Halmi, 1974; Morgan, & Russell, 1975).

Las variaciones de FSH-LH no pueden atribuirse a la pérdida de peso en un 78% de los casos, lo cual sugiere que se puedan producir por una disfunción hipotalámica que, según Tamai y cols. afirman, estaría relacionada con la conducta alimentaria anómala (Mardomingo, 1994). Las alteraciones endocrinas pueden persistir después de que la paciente haya recuperado su peso y la amenorrea haya remitido. El estrés y la depresión contribuyen al retraso en la normalización del ciclo menstrual después de la recuperación del peso. Sin embargo, cuando se recupera la menstruación, generalmente se produce también una mejoría en el resto de los síntomas (Falk, & Halmi, 1982).

- También se observa, tanto en pacientes anoréxicos/as como en bulímicos/as, alteraciones en las concentraciones de *neuropéptido Y* y de *péptido YY*, potentes estimulantes de la ingesta. Los niveles de neuropéptido Y generalmente vuelven a valores normales después de que haya pasado bastante tiempo desde la recuperación del peso normal. Una reducción en el consumo de comida puede producir un incremento homeostático en la secreción de neuropéptido Y, que sirve para estimular el apetito, pero este mecanismo parece ser inefectivo en pacientes anoréxicos/as (Halmi, 1995/1996).
- La elevación de los *opiáceos endógenos* en la AN se relaciona con la inhibición del sistema catecolaminérgico (Garfinkel, & Kaplan, 1985). En los animales, los opiáceos disminuyen el apetito en lugar de aumentarlo cuando se restringe la alimentación. El aumento de los opiáceos que se observa en la AN se ha relacionado con la disminución del apetito que se produce cuando el cuadro lleva cierto tiempo de evolución. Los bloqueantes opiáceos se relacionan, en algunos estudios, con un aumento de peso y con una reducción de la resistencia al tratamiento (Luby, Marrazzi, & Kinzie, 1987).
- Los *factores genéticos* juegan sin duda algún papel relevante (Holland, Hall, Murray, Russell, & Crisp, 1984; Woodside, Field, Garfinkel, & Heinmaa, 1998), tal como ponen de manifiesto investigaciones sobre morbilidad familiar y concordancia gemelar. Así como en los estudios de familias, la concordancia hallada entre madre e hija es muy escasa, sin embargo entre hermanas es mucho mayor que en la población general, alcanzando tasas del 3,1-6,6% (Garfinkel, & Garner, 1982). Toro (1995) comenta, en este mismo sentido, un trabajo del año 1985 de Strober y cols. en el que se constata que un familiar, en primero o segundo grado de un/a paciente anoréxico/a (o bulímico/a), tiene cuatro o cinco veces más probabilidades de sufrir un TCA que la población general. Asimismo, una revisión de estudios gemelares, en los que se controló rigurosamente la cigosidad (Hsu, 1990),

determinó una concordancia del 50% (14/28) en gemelos monocigóticos femeninos frente a un 7% (1/14) en gemelos dicigóticos femeninos; en varones, la concordancia entre monocigóticos fue del 0%, pero no se pudieron sacar conclusiones ya que sólo contaban con tres casos.

En base a estos resultados se plantea la existencia de una posible predisposición o vulnerabilidad, aunque se desconoce su concreción (Toro, 1995). Esta predisposición genética podría manifestarse bajo condiciones adversas, como son una dieta inapropiada o estrés emocional (Holland, Sicotte, & Treasure, 1988). Los autores proponen que esta vulnerabilidad genética puede implicar una tipología particular de personalidad, una susceptibilidad general a la inestabilidad psiquiátrica (especialmente trastornos afectivos) o, directamente, una disfunción hipotalámica.

II.2.8.4.- Perspectiva conductual-cognitiva.

Desde el modelo conductual, el comportamiento de rechazar el alimento es lo primordial en la AN, ya que es la conducta manifiesta, la única variable susceptible de ser estudiada bajo esta óptica. Se hipotetiza que, al mantener una alta tasa de frecuencia, debe estar sometida a algún tipo de reforzamiento positivo, es decir, que se trata de un *comportamiento operante* mantenido por las consecuencias ambientales que le siguen. Bachrach, Erwin y Mohr en 1965 (Toro y Vilardell, 1987) verifican empíricamente esta hipótesis, con el tratamiento de una anoréxica de 37 años, muy grave, que había iniciado el cuadro anoréxico a los 17 años. Centran todo el tratamiento en la organización de las contingencias asociadas a los comportamientos de comer y no comer y, ulteriormente, al incremento de peso. El tratamiento resulta un éxito y, en la actualidad, la mayoría de intervenciones terapéuticas incluyen este tipo de procedimientos.

Cuando el objetivo pasa del rechazo de la comida al miedo a engordar, el cuadro anoréxico se plantea según el *modelo fóbico*. Una vez instalada la respuesta de ansiedad ante el aumento de peso, cualquier comportamiento que evite ese miedo o que reduzca el peso actúa de refuerzo, ya que disminuye la ansiedad. La respuesta terapéutica a este planteamiento la lleva a la práctica Hallsten (1965), tratando a una niña de 12 años con desensibilización sistemática.

Vemos pues que, desde una perspectiva conductual (Toro y Vilardell, 1987), se ha explicado el comportamiento anoréxico como un conjunto de circunstancias en las que los *elementos ambientales reforzadores* y los *factores ambientales ansiógenos* se combinan de tal manera que la conducta de no ingesta alimenticia se incrementa y/o se mantiene con una frecuencia muy elevada.

Cuando el modelo conductual incorpora los planteamientos cognitivos, especialmente los de Beck en el campo de la depresión (Beck, 1976), se produce un gran cambio (Mahoney, 1974) pues ello supone que se acepta la relación entre pensamiento, emoción/afecto y comportamiento manifiesto. Desde el *modelo cognitivo-conductual* se amplía la comprensión de la AN y se enfatizan y explican una serie de hechos: (a) La importancia de contar con determinadas ideas y actitudes vigentes en la sociedad occidental. (b) El carácter autorreforzante de la disminución del peso, al margen de las exigencias externas. (c) El autocastigo que se infringe el paciente cuando aumenta su peso, aunque ello le suponga el más absoluto aislamiento social. (d) La interacción familiar y social del paciente con sus predisposiciones cognitivas y conductuales y los cambios que se producen a consecuencia de dicha interacción. (e) El papel del terapeuta y de la familia no sólo en el control conductual sino también en el cognitivo, etc.

Este enfoque ha dado lugar a la incorporación de diversas técnicas terapéuticas de gran

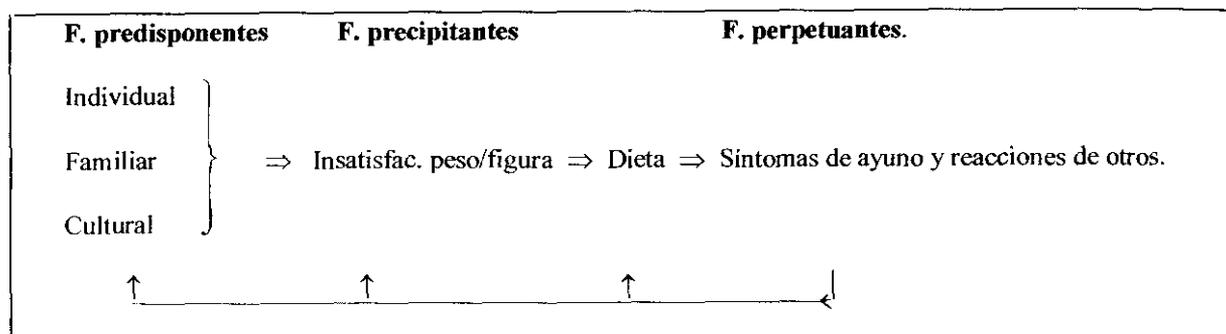
utilidad, señaladas por varios autores. A este respecto, pueden consultarse las revisiones de Garner y Bemis (1982), Fairburn (1981) o la síntesis que aporta Calvo (1995) al Protocolo del Insalud (Morandé y cols., 1995).

II.2.8.5.- Perspectiva multifactorial: Factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes.

Durante las últimas décadas, la teoría de un único factor causal ha sido reemplazada por hipótesis multifactoriales (Garfinkel, & Garner, 1982; Toro y Vilardell, 1987). Desde esta óptica, la comprensión de una enfermedad o trastorno supone no sólo el conocimiento de unos agentes patógenos específicos, sino también el de los factores predisponentes, hechos precipitantes, motivos por los que se mantiene, percepción de la evolución morbosa y situación e interacción psicosociales de esa enfermedad en cuestión. Así, no es posible entender la AN atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina, ni partiendo exclusivamente de la conflictiva familiar, ni de las relaciones objetales vividas en la primera época de la vida, ni del sistema de contingencias conductuales vigente en el entorno del paciente. En toda la población existe un grupo de individuos con riesgo de padecer AN a causa de la presencia de una combinación específica de factores predisponentes, pero es necesaria una interacción y temporalización de estos fenómenos en un individuo concreto lo que es necesario para que esa persona se convierta en enferma. En este sentido, la AN es una senda común final, el producto de un conjunto de fuerzas interactuantes (Garfinkel, & Garner, 1982).

El cuadro de AN, como trastorno multifactorial, se puede representar según aparece en la obra de Garner de 1993, que recogen Morandé y cols.(1995) en su obra y que se reproduce a continuación.

Tabla 16. *AN como trastorno multifactorial*: Garner, 1993.



• **Factores predisponentes.**

El papel de estos factores varía en una heterogénea población clínica. *Los factores de vulnerabilidad individual* ya fueron mencionados con anterioridad (Apartado II.2.4.), dedicándose también unos comentarios a los *factores genéticos* al abordar la perspectiva organicista, en este mismo apartado (II.2.8.3), por lo que se pasa directamente a describir la influencia de los *factores socioculturales*, de vital importancia según este modelo, no sólo en la génesis y mantenimiento de la enfermedad (Garner, & Garfinkel, 1978, 1980), sino también en el espectacular aumento de su incidencia en las últimas décadas (Vandereycken, Kog, & Vanderlinden, 1989).

La mujer, en la actualidad, debe sintetizar dos roles contradictorios:

- Por una parte debe amoldarse al rol tradicional de ser bella y atractiva, lo que supone adoptar el modelo estético vigente, con determinadas actitudes hacia la alimentación y la silueta corporal. Vivimos en una sociedad que rinde culto al cuerpo más que a otros valores y capacidades como el autocontrol se confunden con cifras de peso.
- Por otra parte, para integrarse en el mundo laboral debe adoptar otro rol más masculino. Equilibrar ambos roles contradictorios (pasividad/asertividad) no resulta fácil (Vidal, 1997).

La delgadez se convierte así en el símbolo del éxito de asumir esta síntesis (Bennett, & Gurin, 1982). La competitividad por alcanzar este éxito la hace mucho más vulnerable

frente a los trastornos de la alimentación (Garfinkel, 1981; Gómez, 1996), sobre todo si atraviesa la etapa adolescente, periodo del desarrollo en el que la preocupación por el aspecto físico y el peso puede resultar el centro de atención prioritario (APA, 1993). El prototipo de mujer delgada aparece en este siglo, en el que el cuerpo delgado y casi andrógino se ha convertido en el símbolo de la mujer liberada y emancipada. La importancia de la delgadez se explica también desde otras ópticas; por ejemplo, García Rodríguez (1993), desde una perspectiva etológico-evolucionista, señala que en la AN la sintomatología primaria es la fobia a la obesidad, de la que se deriva un sistema defensivo contra la angustia, que es la deificación de la delgadez.

Sea como fuere, impresiona saber que mientras el estereotipo estético femenino occidental disminuye de peso, según el estudio realizado por el grupo de Toronto (Garner y Garfinkel sobre “Misses” y “chicas Play Boy” de los años 60 y 70), que recoge Vidal en su obra (1997), el peso de la mujer americana, en este mismo periodo de tiempo, ha aumentado. Este ideal de delgadez, imposible de alcanzar, produce gran frustración.

La influencia de los *medios de comunicación de masas* es de vital importancia en la difusión y aceptación del modelo estético vigente. Es obvio que los mensajes de adelgazamiento, basados en razones de salud y estéticas, colaboran a que ciertas cogniciones y conductas anómalas se consideren normales en nuestra cultura, contribuyendo al gran porcentaje de casos subclínicos que hay en nuestra población. En los últimos tiempos también se han incrementado los mensajes sobre trastornos de alimentación y, aunque su propósito es informativo o de advertencia, pueden ejercer un papel inductor en sujetos predispuestos (Schwartz, Thompson, & Johnson, 1982), bien por imitación de figuras tomadas como modelos, bien porque se enseñan conductas anómalas, métodos de control de peso autoinducidos o regímenes “prodigiosos”.

- **Factores precipitantes.**

- Hechos estresantes o precipitantes externos, no tanto por las situaciones en sí sino por las evaluaciones que de ellas hace el sujeto (Cervera y Quintanilla, 1995; Díaz Atienza y cols., 1998; Lazarus y Folkman, 1984/1986).

- Cambios que tienen lugar en la propia persona, como por ejemplo, los descritos en la etapa adolescente (Apartado II.1.1).

- Se han citado otros muchos factores, pero todos ellos son poco específicos de esta patología, poco claros y difíciles de verificar.

- **Factores perpetuantes.**

- Quizá los mayores avances se han producido en la confirmación de la importancia del *hambre e inanición*, como factores básicos en la perpetuación del cuadro, por sus consecuencias psicológicas, emocionales y físicas.

Al igual que han hecho Garfinkel y Garner (1982) y Toro y Vilardell (1987) en sus obras, lo más claro e ilustrativo para entender las consecuencias de la inanición, es pasar a describir brevemente el trabajo del equipo de Minnesota realizado en los años cincuenta (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950). Durante la segunda guerra mundial, 36 objetores de conciencia, psicológicamente sanos, actuaron como sujetos experimentales en un estudio cuya finalidad era conocer los efectos psicobiológicos de la inanición. Para ello se les sometió, durante seis meses a una dieta de semi-inanición, siendo su situación muy similar a la de las anoréxicas, con la única diferencia de que la causa de la dieta no era su deseo de adelgazar. Se observaron los siguientes hechos:

⇒ Al final del periodo fijado, tardaban muchísimo tiempo en comer y la comida era su tema de conversación predominante. Más de la mitad de la muestra empezó a leer libros de cocina, a coleccionar recetas culinarias y a almacenar objetos relacionados

con la comida. Intentaban tener sus estómagos llenos para lo cual ingerían grandes cantidades de líquido. Aumentó dramáticamente el consumo de goma de mascar y de cigarrillos y, además, se mordían las uñas.

En líneas generales se observó que sus comportamientos, muchos de ellos motivados inicialmente para calmar el hambre, se fueron haciendo claramente obsesivo-compulsivos.

- ⇒ La mayoría tenía dificultades para estar alerta y concentrarse.
- ⇒ En general manifestaban una importante reducción de su campo de intereses, una clara tendencia al aislamiento social y una evidente irritabilidad.
- ⇒ Cuatro de los sujetos sufrieron episodios bulímicos.
- ⇒ Los sueños relacionados con la alimentación eran frequentísimos.
- ⇒ La pérdida del interés sexual era una norma compartida.
- ⇒ Los datos *MMPI* se alteraron dramáticamente, sobre todo las escalas de Hipocondría, Depresión e Histeria aumentaron significativamente. La escala de Depresión pasó de una puntuación típica normal (media = 54,2) a una puntuación patológica (media=73,9) en la semana veinticuatro de la restricción calórica. Las puntuaciones regresaron a la normalidad al finalizar la rehabilitación nutritiva.
- ⇒ Necesitaron 12 semanas de rehabilitación nutritiva para conseguir su recuperación total. Al iniciar su realimentación la mayoría sufría importantes molestias gástricas y un apetito exagerado después de comer en abundancia.

Todos estos síntomas los experimenta igualmente la paciente anoréxica, que siente gran ansiedad ante su tremendo apetito, que le plantea el problema de la pérdida de control.

Esta experiencia realizada con los objetores permite concluir que una parte importante de la sintomatología psicológica/psiquiátrica de la AN está determinada por el estado de

desnutrición. Por tanto, según esta investigación, síntomas como la obsesividad y compulsividad, que aparecen especialmente relacionados con la alimentación, la labilidad emocional, el aislamiento social, el déficit en la concentración, la pérdida del interés sexual y los trastornos del sueño, son síntomas que no deben conceptualizarse como formando parte de la patología primaria de la AN (Toro y Vilardell, 1987).

Una vez establecido este cuadro psicológico, el hambre y la inanición se constituyen en factores importantísimos de mantenimiento del síndrome anoréxico. Todo gira en torno a la comida y la depresión o la distimia, si no existía ya, se hace casi inevitable. Se entra en una situación donde la anorexia genera más anorexia, círculo que determina probablemente las dificultades terapéuticas que se encuentran en estos pacientes.

El influjo de la dieta como factor desencadenante y perpetuante en la AN, se continúa investigando en la actualidad. Incluso, parecen comprobarse diferencias significativas entre las jóvenes que adoptan algún tipo de dieta frente a las que no las siguen (Rodríguez, 1998).

➤ De otra parte, existe evidencia experimental que muestra, en los pacientes anoréxicos, la existencia de ciertas *alteraciones interoceptivas* que se asocian a la sensación de saciedad. En efecto, algunos de estos enfermos no interpretan las contracciones gástricas como señales de hambre (Crisp, 1967; Silvestrone, & Russell, 1967); son, en general, menos precisos al percibir la cantidad de alimento ingerido (Goddington, & Bruch, 1970); y existe un retraso del vaciamiento gástrico, actuando esta distensión como inhibidor de la ingestión de alimentos.

Este tipo de alteraciones interoceptivas contribuyen al mantenimiento de parte de las conductas problema del cuadro de la AN, elicitando conductas tales como el rechazo del alimento, la elección de dietas restrictivas y los vómitos autoinducidos.

➤ Otro factor que colabora en el mantenimiento de esta patología son las *reacciones que se*

producen en el entorno. Las interacciones con la familia se vuelven conflictivas, lo que contribuye a agravar los síntomas pues, en su afán de que la paciente coma, refuerzan positivamente los comportamientos de rechazo alimenticio así como los de carácter compulsivo y acostumbran a generar situaciones intensamente ansiógenas con las comidas. A su vez, la anoréxica reduce, o a veces anula, sus relaciones con el entorno, con lo que se facilita también la concentración monotemática en su problema alimenticio, estético y ponderal.

Finalmente, podemos concluir que, en la actualidad, se cree que la AN es una patología plurideterminada y, aunque no se conozcan todos los factores que actúan en la eclosión de la enfermedad, se sabe que algunos de ellos son comunes a gran parte de estos pacientes. Las restricciones de la dieta, el deseo de la delgadez, la distorsión de la información dietética y la sumisión a los estereotipos culturales se presentan en la mayoría de estos pacientes. Otros factores, como los relacionales, los familiares y los afectivos, también están implicados en este trastorno, aunque con características más individualizadas para cada paciente.

II.2.9.-Anorexia y depresión.

En la totalidad de los trastornos afectivos (TAF), sean cuáles fueren sus formas clínicas, los problemas de alimentación, por exceso o por defecto, resultan un fenómeno ubicuo (Serrallonga y Pifarré, 1997). En los trastornos depresivos, se observa una disminución de la ingesta en el 80% de los casos (Winokur, 1991). Por otra parte, los pacientes con TCA poseen una mayor frecuencia de TAF que la población general. Así, Herzog, Keller, Sacks, Yeh y Lavori (1992) encuentran un elevado índice de depresión mayor, tanto en pacientes con AN como con BN. También se observa un índice muy elevado de tentativas autolíticas y de suicidios consumados en pacientes con AN y se ha encontrado una tendencia familiar,

en parientes de primer grado de pacientes con AN (Winokur, March, & Mendels, 1980), que llegaría a alcanzar hasta un 13% de riesgo mórbido para la depresión mayor (Gershon y cols., 1984), una asociación familiar entre TAF y AN/BN conjuntamente (Hudson, Pope, Jonas, & Yurgelun-Tood, 1983a) e hipótesis biológicas comunes (Gerner, & Gwirstman, 1981).

Es pues un hecho, que ambas patologías están relacionadas, aunque la naturaleza de esta relación, aún hoy, no está clara (Ochoa, 1996). En 1977 Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin y Green, se preguntaron si sería posible considerar que algunos casos de AN fueran una modalidad de las alteraciones del estado de ánimo. Otros autores ya habían sugerido que tales relaciones existían, pero de forma mucho más indirecta. Desde entonces se han producido muchas investigaciones tendentes a aclarar la relación entre los TCA y los TAF, proporcionando distintos resultados y originando diversas hipótesis explicativas.

- Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun-Tood (1983a) sostienen con fuerza la *relación entre ambas alteraciones*. Realizan una investigación (1983b), aplicando el Diagnostic Interview Schedule a 41 pacientes con AN y a 49 enfermos diagnosticados de BN. Encuentran que el 77% de estos pacientes ha tenido, en algún momento de su vida, el diagnóstico de depresión mayor, según criterios del *DSM-III*; también hallan altas puntuaciones de ansiedad, abuso de sustancias y cleptomanía en esta muestra.

En este mismo sentido apuntan las conclusiones de Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens (1985), que examinan la presencia de alteraciones afectivas y ansiedad en una muestra de 47 pacientes, 33 bulímicas y 14 anoréxicas restrictivas. El 38% de estos enfermos alcanza el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, siendo el grado de disforia muy elevado en ambos subgrupos. El estudio confirma también que las historias familiares de depresión son muy comunes en el grupo bulímico (61%), pero no en el grupo restrictivo (23%), siendo

significativas las diferencias entre ambos subgrupos.

- Por el contrario, otros autores, como Altshuler y Weiner (1985), consideran que la AN *no es una variante de depresión*. Señalan gran número de problemas metodológicos en las investigaciones realizadas, tales como el solapamiento de criterios para AN y depresión y la falta de uniformidad de criterios en el diagnóstico de depresión.

- Algunos autores, como Fernández y Turón (1998), Garner (1993) y Russell (1970, 1977, 1979), defienden la hipótesis de que los *síntomas depresivos son secundarios* a los trastornos de la alimentación, a las alteraciones que origina la inanición.

- Otros modelos señalan que hay *otras formas de relación* posible entre ambas patologías. Dentro de esta línea se sitúan los trabajos de Swift y Katz:

- Swift, Andrews y Barklage (1986), revisaron las aportaciones de cinco tipos de fuentes: entrevistas clínicas, pruebas psicométricas, historias familiares, tratamientos farmacológicos y estudios longitudinales, concluyendo que: (a) Existe una relación definitiva entre ambas patologías; (b) Su naturaleza está poco clara; (c) La AN no tiene porque ser una variante de los problemas afectivos; (d) La distinción entre alteración primaria y secundaria resulta infructuosa.

- Katz (1987) reflexiona sobre el hecho de que alrededor de la mitad de pacientes con TCA desarrollan, a lo largo de su vida, un episodio de depresión mayor, de acuerdo con el criterio del *DSM-III*. Señala que tan impresionante es el hecho de que la mitad de los pacientes se depriman como el que la otra mitad no lleguen a deprimirse, lo que puede deberse o a fallos diagnósticos o a que se trate de subgrupos distintos. Recoge las dudas diagnósticas de Alsthuler y Weiner (1985) y sugiere validar el diagnóstico de depresión en estos pacientes, utilizando otras aproximaciones como el pronóstico y evolución longitudinal, la patología familiar, la respuesta al tratamiento farmacológico y las

características bioquímicas. Utilizando estos abordajes, encuentra que entre un 25% y un 75% de pacientes, dependiendo de los métodos utilizados, no desarrollan una alteración afectiva, pero que hay un subgrupo que manifiesta una verdadera depresión. Katz sugiere tres posibilidades para integrar y comprender estos hallazgos: (1) Los TAF representarían uno de los muchos factores de riesgo para el desarrollo de los TCA; (2) La malnutrición, que acompaña a los TCA, podría evocar un estado comparable a la depresión mayor, como demuestran tantos trabajos clínicos y experimentales; (3) Los pacientes de ambos grupos podrían ser bastante heterogéneos, de forma que la depresión representara un antecedente en algunos casos y una consecuencia en otros. Katz acaba concluyendo que, de darse los criterios del *DSM III- R* para ambos diagnósticos, deben hacerse constar ambos.

La mayoría de los estudios a los que se ha hecho referencia, se han realizado con adultos y algunos con adolescentes. En el caso de los niños las relaciones entre TCA y TAF son más complejas y es probable que la interrelación existente sea mayor (DiNicola, Roberts, & Oke, 1989). No obstante, no se aborda el tema infantil debido a que, por su amplitud y peculiaridades, constituiría otra investigación, distinta a la aquí planteada.

Por último, hay que mencionar que se incluye a continuación una síntesis del rastreo bibliográfico realizado mediante el CD-ROM, Medline y PsycLIT, utilizando anorexia y depresión conjuntamente, como palabras clave. Así, se han obtenido y revisado los resúmenes de 597 artículos incluidos entre los años 1983 y 1997, algunas de cuyas aportaciones más interesantes se recogen en las siguientes Tablas (18, 20, 21, 22, 23), quedando su contenido circunscrito estrictamente a este ámbito. La finalidad de este proceder es poder situar el tema inicialmente y no sustituye la necesidad de recurrir posteriormente a las fuentes originales, como es inexcusable en una investigación rigurosa. Los artículos se han podido agrupar en cinco apartados, según las variables estudiadas:

neurobiológicas, personalidad/patología, aspectos familiares, factores de riesgo y tratamiento. Con ello se ha pretendido lograr una mayor claridad expositiva.

II.2.9.1.- Investigaciones neurobiológicas.

El conocimiento de la existencia de marcadores biológicos en determinados cuadros psiquiátricos y muy especialmente en los TAF, ha supuesto un hito de suma importancia en la evolución de los conocimientos psicopatológicos. A la vez, se sabe que gran parte de los pacientes anoréxicos experimenta una serie de anomalías biológicas (Rozados y Bosker, 1983) similares a las que se detectan en los TAF.

Cuando las investigaciones se refieren a niños y adolescentes, los correlatos biológicos no siempre resultan concordantes con las investigaciones realizadas en poblaciones adultas, según se deduce de la amplia investigación llevada a cabo por Puig-Antich y que recogen Canals y Domènech (1990) en su artículo. Por ejemplo, en adolescentes deprimidos se produce un aumento de la hormona del crecimiento durante el sueño (Kutcher et al., 1988) similar a la hallada en adultos. Sin embargo, los datos polisomnográficos obtenidos en estudios de niños y adolescentes son contradictorios pues, mientras unos autores informan de haber hallado datos parecidos a los de los adultos, tales como la disminución de la latencia REM (Emslie, Roffwarg, Rush, Weinberg, & Parkin-Feigenbaum, 1987), otros investigadores no confirman estas anomalías. También son contradictorias las respuestas de niños y adolescentes al test de supresión de dexametasona (DST) (Welner, Welner, Fristad, Cantwell, & Preskorn, 1985).

La Tabla 18 ofrece un resumen de investigaciones realizadas en los últimos 14 años con pacientes anoréxicos y pacientes deprimidos, desde distintas ópticas neurobiológicas: niveles de cortisol, opiáceos, pautas de sueño, etc. En ocasiones, los autores citados no

constan en su totalidad, recurriéndose al uso de “et al.”, según figura en los resúmenes Medline y PsycLIT, no pudiéndose cumplir las normas de la APA (1994c), seguidas a lo largo de la presente investigación, que precisan la inclusión de los nombres de todos los autores que han participado en una investigación en la referencia bibliográfica. Las abreviaturas (Abrev.) empleadas se incluyen previamente, en la Tabla 17.

Tabla 17. *Abreviaturas empleadas en investigaciones neurobiológicas.*

Abrev.	Denominación inglesa	Denominación española
CFS	Cerebrospinal fluid.	Líquido cefalo-raquídeo.
MAO	Monoamino-oxidasa.	Amina oxidasa.
DST	Dexamethasone supression test.	Test de supresión de dexametasona.
FSH	Follicle-stimulating hormone.	Folítropina.
LH	Luteinizing hormone.	Lutropina.
ACTH	Adrenocorticotropic hormone.	Corticotropina.
CRH	Corticotropin-releasing hormone.	Corticoliberina.
TSH	Thyroid-stimulating hormone.	Tirotropina.
GH	Growth hormone.	Somatotropina.
MRI	Magnetic resonance imaging.	Resonancia magnética.
EEG		Electroencefalograma.
P		Pacientes psiquiátricos.
NP		No pacientes.
TCA		Trastorno comportamiento alimentario.
TFA		Trastorno afectivo.
AN		Anorexia nerviosa.
D		Depresión.
WAIS/R.		Escala Inteligencia Wechsler Adultos Revisada.

Tabla 18. *Investigaciones neurobiológicas: Relación entre anorexia y depresión.*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1983	Gerner RH, Wilkins JN.	Cortisol en CFS.	AN; D; manía.	Niveles altos en los tres grupos. Concluyen que los mecanismos hipotalámicos de la secreción y regulación del cortisol están alterados. Pero solo en el grupo de D hay correlación significativa y elevadas puntuaciones en escalas de depresión.
1983	Naber D, Pickard D.	Opiáceos en CFS.	P y NP.	Relación entre ansiedad y opiáceos en CSF en sujetos sanos y pacientes psiquiátricos. Se encuentran cambios en opiáceos CSF en sujetos con anorexia nerviosa, acompañando el cambio de peso.
1984	Biederman J, Rivinus TM, Herzog DB, et al.	Actividad MAO.	AN con y sin D mayor.	Grupos bioquímicamente diferentes: Las anoréxicas deprimidas dan niveles MAO más bajos; Las anoréxicas sin depresión dan niveles MAO similares a no pacientes.
1984	Dugas M, Brunod R, Uemoto M.	DST.	67 P jóvenes, hospitalizas.	Se sugiere que la presencia de alteraciones neuroendocrinológicas en púberes deprimidos es similar a la que se observa en adultos deprimidos.// En anorexia se asocia la no supresión con la reducción de peso.
1984	Grebb JA, Yingling ChD; Reus VI.	EEG.	5 AN (2 con BN).	Las AN y las AN con episodios bulímicos presentan una alta frecuencia de EEG anómalos, que podrían reflejar cambios metabólicos secundarios a la AN.
1984	Katz JL, et al.	Sueño.	20 AN y BN; 10 NP.	Los TCA tienen un sueño REM significativamente más corto que los controles.// Hay un subgrupo que además de estas anomalías presenta otras alteraciones, clínicas y endocrinas, que indican la concurrencia de un TAF.
1985	Dalery J, et al.	Gonadotropinas, cortisol y melatonina.	8 AN adolescentes.	Al inicio, FSH, LH y estradiol estaban muy bajos.// Cuando la pérdida de peso $\geq 25\%$ del peso inicial no se encontró evidencia de supresión de dexametasona.// Los niveles de melatonina en plasma eran más altos en la AN que en los sujetos deprimidos.
1985	Jampala VCh.	Anomalías neuroendocrinas.	AN y D.	En ambas, las anomalías neuroendocrinas sugieren alteraciones en tres sistemas: adrenocorticol, tiroideo y del metabolismo de las catecolaminas.
1985	Kuhs H, Mester H.	DST.	20 AN.	Correlación significativa entre pérdida de peso y supresión de dexametasona patológica. // Problemas secundarios de regulación en el eje hipotálamo-hipofisario y suprarrenal, inconsistentes con una relación cercana entre AN y depresión endógena.
1985	Wortis J.	Depauperación extrema.		Algunas consecuencias físicas son la amenorrea, bajísimos niveles hormonales (FSH y LH) y alteración de los neurotransmisores que pueden tener efectos psicológicos como irritabilidad, depresión y apatía.// Las futuras investigaciones deben centrarse en mecanismos neuronales y neuroquímicos más que en psicogénesis y pérdida de peso.

Tabla 18. *Investigaciones neurobiológicas. Continuación (b).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1986	Barnes DM.	Esteroides.		Un exceso de cortisol está relacionado con AN y D.// Según el tipo de esteroide excedente, el efecto sobre el humor y la conducta puede ser depresivo o excitatorio.
1986	Cavagnini F, Invitti C, Passamonti M, Polli.	ACTH.	11 AN; 6 NP.	En D y AN la secreción de CRH está aumentada, aumentando la ACTH y con ello la liberación de corticoides.
1986	Fitcher MM, Pirke KM, Holsboer F.	Efectos de la inanición.	5 NP.	Se producen alteraciones neuroendocrinas que no son específicas de depresión: Elevación del cortisol; no supresión de dexametasona; descenso de TSH y disminución de GH.
1987	Bergiannaki JD, Soldatos CR, et al.	DST; CRH; sueño REM	Seguimiento 2 varones AN.	Ambos presentaban los tres marcadores biológicos de depresión, aunque no cumplían los criterios de D mayor.// DST y REM persistían aún restaurado el peso.
1987	Dippel BL, Lauer C, Riemann D, Majer TK, et al.	Sueño: EEG.	TCA; TAF.	En D se producen acortamientos significativos de la fase REM (marcador biológico de la hiperactividad colinérgica); esto no ocurre en TCA.// Diferencias significativas entre TCA y TAF y otras más sutiles entre anorexia y bulimia.
1987	Kaye WH; Gwirtsman HE, et al.	Cortisol.	AN.	En la AN hay aumento de cortisol, al igual que en la depresión, por defecto hipotalámico.
1987	Levy AB, Dixon KN, Schmidt H.	Pautas de sueño: REM y ondas delta.	AN y BN sin D; 10 NP.	No diferencias significativas REM entre AN y NP.// AN menos sueño delta que los controles.// No hay base para sostener que los TCA son una variante de los TAF.
1988	Laeßle RG, Schweiger U, Pirke-KM.	Depauperación física.	AN con D.	Estudian correlación con síntomas depresivos. Encuentran, mediante regresión múltiple, efectos significativos del peso corporal y del ácido beta-hidroxibutírico sobre los síntomas depresivos.
1988	Lauer C, Zulley J, Krieg J, et al.	Sueño e inducción colinérgica REM.	20 AN; 10 BN; 10 NP; D.	No hay diferencias significativas en los patrones de sueño de estas muestras.// Pero los resultados de inducción colinérgica REM fueron diferentes solo para el grupo depresivo.// Concluyen la no evidencia de patrones de sueño depresivo en los TCA.
1988	Levy AB, Dixon KN, Schmidt H.	Sueño.	9 AN; 9 BN; 10 NP.	Los tres grupos tenían similar latencia y densidad REM. Las anoréxicas se caracterizaban por interrupciones del sueño.
1988	Taylor AL, Fishman LM.	CRH.		Hay relación entre CRH y la conducta de enfermos psiquiátricos, sobre todo en AN y en D.
1989	Fava M, Copeland PM, Schweiger, et al.	Anomalías neuroquímicas.	AN y BN.	Asociación entre AN y cambios en los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y opiáceos.// En BN hay marcada alteración de serotonina y norepinefrina.// Los cambios neuroquímicos perpetúan el TCA y causan síntomas como ansiedad y D.

Tabla 18. *Investigaciones neurobiológicas. Continuación (c).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1989	Kennedy SH, Garfinkel PE, et al.	Niveles cortisol y melatonina.	23 AN y BN, con y sin D; 10 NP.	Los perfiles de melatonina nocturnos distinguen a los sujetos deprimidos de los no deprimidos, pero no los niveles de cortisol, que están aumentados en todos los grupos de pacientes.
1989	Licinio J.	Insulina.	AN y D mayor.	La hiperinsulinemia puede jugar un papel importante en la AN y D mayor, provocando merma de la ingesta y pérdida de peso.
1990	Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, et al.	Serotonina.	AN; BN; D.	Puede haber pautas distintas en la transmisión sináptica de la serotonina en los tres grupos.
1990	Lauer CI, Krieg JCh, Riemann D, et al.	Sueño: EEG.	20 AN; 10 BN; 10 D; 10 NP (jóvenes)	En todos los grupos, la línea base de los patrones del sueño era indiferenciable, salvo un incremento en la densidad REM en deprimidos.// En TCA con D mayor concomitante, no se reflejaba en EEG.// El test de inducción colinérgica de sueño REM reveló una inducción significativamente más veloz en D.
1991	Kennedy SH, Brown GM, McVey G, Garfinkel PE.	Niveles cortisol y melatonina.	9 AN; 9 NP.	Se estudia a las AN emanciadas y tras realimentación. No hay diferencias significativas en melatonina. El cortisol en plasma estaba significativamente elevado en emaciación.
1992	Delvenne V, Kerkhofs M, et al.	Sueño: EEG.	11 AN; 11 DP; 11 NP.	Las AN tienen sueño más eficiente, mayor duración de despertares y menos sueño REM que las NP.// Las AN tienen también mayor duración de despertares que las D.// Concluyen que no hay asociación directa entre TCA y D.
1992	Hidalgo MI, Diaz RJ, Cabranes JA, et al.	ACTH; DST; cortisol y tiotropina.	23 AN; 23 NP.	Estudian relaciones AN y D, incluyendo la prevalencia de trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado.// Concluyen que no encuentran relaciones significativas entre AN y D ni en parámetros neuroendocrinos ni en historia familiar.
1993	Bakan R, Birmingham CL, et al.	Deficiencia zinc.	AN.	Tanto en la AN como en la deficiencia de zinc encuentran: pérdida de peso; alteraciones del gusto y el apetito; depresión; amenorrea.// Dado que un 50% de AN son vegetarianas pueden tener una deficiencia de zinc que habrá que suplementar.
1993	Irwin EG.	Aspectos neurobiológicos.	Bibliografía TCA.	Propone investigaciones desde varias perspectivas: biológica, social y psicológica. Concluye que las aportaciones neurobiológicas son las que mejor podrán esclarecer las complejas relaciones entre AN y D.
1993	Kennedy SH, Brown GM, Ford CG, et al.	Sulfatoxi-melatonina.	10 AN; 12 AN+BN; 13NP	Hay un significativo incremento en el grupo AN+BN en la fase aguda, que luego desaparece; la alteración de melatonina puede influir en el curso de la enfermedad.

Tabla 18. *Investigaciones neurobiológicas. Continuación (d).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1994	Bowers WA.	Funcionamiento neuropsicológico.	40 AN; 30 BN sin D.	Valoradas con Wais-R, Bender y prueba de categorías de Defillippis. Encuentran déficits en mayor medida en las AN.
1994	Kennedy SH.	Melatonina.	Bibliografía.	Aunque su papel no se conoce con claridad, parece estar relacionada con la menarquia y función reproductiva. También se observan bajos niveles en depresión.
1996	Herholz K.	Neuroimagen.	AN.	Encuentra alteraciones morfológicas y funcionales: encogimiento del tejido cerebral que afecta también a la hipófisis; hiperactividad de los núcleos caudados. La mayoría se pueden interpretar como consecuencias del estado anoréxico y son reversibles, al menos parcialmente, tras la ganancia de peso.
1996	Licinio J, Wong ML, Gold PW.	Eje hipotálamo-hipofisario: cortisol.	Bibliografía sobre AN.	Existe un hipercortisolismo, asociado a una excesiva excreción de CRH y niveles normales de ACTH en AN, similares a los de los TAF. De ahí parte la sospecha neuroendocrina de la conexión entre AN y TAF.
1996	Pirke KM.	Regulación noradrenalina.	Bibliografía en TAC y NP.	Reducción de la actividad noradrenérgica en sistema nervioso central y periférico en los TCA, con consecuencias clínicas: hipotensión, bradicardia, hipotermia y depresión.// Evidencias de que la reducción del sistema simpático está causada por la inanición.
1997	Berk M, Kessa K, Szabo CP, Burtow N.	Serotonina.	12 AN; 11 BN; 17 NP.	La alteración serotoninérgica aparece en AN y BN. Miden sus efectos en el calcio intercelular, viendo que, en AN, cuando se produce estimulación con serotonina, encuentran niveles de calcio aumentados. Pero cuando dividen a las AN entre deprimidas y no deprimidas (Escala de Hamilton), sólo aparece este aumento en las AN deprimidas. Sugieren que se debe más a la D asociada que al TCA.
1997	Delvenne V, Goldman S, Maertelaer, et al.	Glucosa.	AN; TAF.	Pretenden aclarar relaciones AN y D, todavía confusas. En la AN el metabolismo cerebral de la glucosa está disminuido (disminuido en córtex parietal y aumentado en núcleo caudado). Ocurre lo mismo en D de bajo peso.// Concluyen que en ambos casos es una consecuencia directa del bajo peso.
1997	Sieg KG, Hidler MS, Graham M, et al.	Neuroimagen.	2 AN.	En la MRI se observan cambios subcorticales en las imágenes. Los autores señalan que no hay datos de hallazgos previos.

A través de los resúmenes de las investigaciones neurobiológicas presentadas podemos concluir que tanto en la AN como en la D existe un hipercortisolismo, asociado a una excesiva excreción de CRH y un estado disfuncional de los neurotransmisores, que origina depresión, impulsividad, obsesividad, adicciones y tendencia al suicidio. De ahí parte la sospecha neuroendocrina de la conexión entre AN y TAF. Sin embargo, también se detectan diferencias bioquímicas entre ambos grupos y las consecuencias de la inanición en la patología anoréxica.

II.2.9.2.- Investigaciones sobre personalidad y psicopatología.

Se han seleccionado, dentro de este apartado, los trabajos realizados sobre las características de personalidad de los/as pacientes anoréxicos/as y los cuadros psicopatológicos que con más frecuencia aparecen asociados tanto a la anorexia como a la depresión. Los resultados más ilustrativos se ofrecen en la Tabla 20, cuya lista de abreviaturas empleada se incluye previamente (Tabla 19).

Tabla 19. *Abreviaturas de las investigaciones sobre personalidad/psicopatología.*

Abreviatura	Correspondencia
P	Pacientes psiquiátricos.
NP	No pacientes.
TCA	Trastornos comportamiento alimentario.
TFA	Trastorno afectivo.
AN	Anorexia nerviosa.
BN	Bulimia nerviosa.
D	Depresión.
TOC	Trastorno obsesivo compulsivo.
BDI	Beck Depression Inventory.
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Tabla 20. *Investigaciones sobre Personalidad/ Psicopatología: Relación entre anorexia y depresión.*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1983	Robinson RG, et al.	Ansiedad y otros rasgos de personalidad.	17 AN; 11 BN; 48 NP.	Les administran alimento. Las BN tienen más ansiedad, disforia y miedo a la gordura que las AN y NP, pero sin cambios significativos entre antes y después de la comida.// En AN la ansiedad solo es significativa tras tomar el alimento.
1983	Sorokina TT, Evsegneev RA.	Depresión.		Presentan casos en los que la AN se desarrolló en presencia de D endógena y otros de D latente en los que la AN era el rasgo más prominente de la enfermedad..
1983	Wold PN.	Ansiedad, D.	9 AN; 8 BN; 9 D.	Las AN restrictivas difieren significativamente de los otros grupos en ansiedad crónica y depresión y son menos dependientes. Piensan que la BN severa puede ser un síntoma de depresión mayor, pero que la AN restrictiva es psicósomática.
1983	Yates A, Leehey K, Shisslak CM.	Personalidad.	AN y atletas profesionales	Características similares: inhibición de la agresión, muy exigentes, toleran el malestar físico, negación de disfunciones, tendencia a la depresión. Ambas podrían ser formas "exitosas/peligrosas" de establecer una identidad.
1984	Hatsukami DK, Mitchell JE, Eckert E.	AN y TAF.	Bibliografía.	Parten de la relación entre ambas patologías, pero concluyen que no es posible determinar cuándo el TCA es una variante del TAF.
1985	Channon S, DeSilva WP.	Peso.	44 AN, en ingreso y al año.	Exploran con autoinformes: actitud hacia la comida, síntomas depresivos y obsesivos. Ven que la severidad de las actitudes anómalas hacia la comida es el factor más importante, que correlaciona significativamente con el mantenimiento del peso.
1985	Hudgens RW.	AN y D mayor.		Como Altshuler y Weiner, opina que no son el mismo problema. Encuentra mayor similitud entre AN y TOC.
1985	Piran N, Kennedy S, Garfinkel PE, et al.	AN y D.	D; BN; AN restrictivas.	Usan DSM III, historia familiar, autoinformes y observaciones sistemáticas.// El 38% de TCA tienen D mayor, sin diferencias entre AN y BN. Las AN tienen menos antecedentes familiares de depresión (23%) que las BN (61%).
1985	Sorokina TT, Evsegneev RA.	AN y D.	1 AN.	La AN es un síntoma de la depresión endógena en la pubertad.
1985	Viessleman JO, Roig M.	AN y D.	13 AN; 43 BN; 39 bulimarexias.	Estudian depresión, suicidio e historia familiar. Encuentran un 80% de D mayor y un 20% de intentos de suicidio. Llegan a la conclusión de que los TCA son únicos y no variantes de los TAF.
1986	Swift WJ, Andrews D, Barklage NE.	AN y TAF.	Bibliografía.	Analizan: informes clínicos, psicometría, h ^a familiar, medicación y seguimiento. Concluyen que hay relación, pero poco clara. Proponen estudios multidimensionales.

Tabla 20. *Investigaciones sobre Personalidad/Psicopatología. Continuación (b).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1986	Taylor MJ, Cooper PJ.	Talla corporal.	50 mujeres.	Hay asociación significativa entre ánimo deprimido (BDI) y sobrestimación de la talla.
1986	Yager J, Hatton C.	Ceguera.	1 AN.	La ceguera no protege contra la AN.
1987	Laessle RG, Kittl S, Fichter MM, et al.	D. mayor.	52 AN o BN.	Evalúadas con el DSM III.// Cuando las dos patologías están asociadas, en la mayoría de los casos, la D es secundaria al TCA.
1987	Walsh BT, Gladis M, Roose SP.	Alimentación y humor.	AN y BN.	Cuando la D mayor aparece en AN, se oscurece el significado de sus alteraciones biológicas características por la grave pérdida de peso. //Es prematuro considerar los TCA como una variante de D.
1988	Rothenberg A.	TOC; D.	11 AN.	La supuesta relación entre AN y D puede ser secundaria a una relación más directa de aquella con el síndrome obsesivo-compulsivo.
1988	Sykes DK, Leuser B, Melia M, Gross M.	D.	252 TCA.	Encontraron una prevalencia de D del 50%, significativamente más alta que en la población general.// Mayor prevalencia en católicos y judíos; menor en protestantes.
1989	Armstrong JG, Roth DM.	Vinculación.	11 AN; 12 BN, 4 atípicas; 229 NP.	Plantean la hipótesis de que los TCA manifiestan dificultades de vinculación, lo que comprueban en su muestra y a lo largo de la historia evolutiva de estas personas.
1989	Clerici M, Amatulli A, Legori A, et al.	Psicopatología asociada.	AN.	Utilizaron varios tests (Rorschach y MMPI). Encuentran asociados síntomas de depresión, obsesivo compulsivos, fijación anal, identificación ideal, autoimagen frágil.
1989	Herpertz BM, Remschmidt H.	Peso/Depresión.	48AN, algunas con D mayor.	Las que tenían D mayor (DSM III y DSM III-R), tenían peso significativamente inferior// Las que habían perdido más peso puntuaban más alto en la Escala de Hamilton.// Cuando el peso aumentó, los síntomas depresivos decrecieron.
1990	Coisman FG.	D.	Bibliografía.	Los TCA y D en adolescentes correlacionan, pero la causalidad puede ser aparente.
1990	Kennedy SH, McVey G, Katz R.	Trastorno de personalidad.	19 AN; 16 BN y 9 AN+BN.	Aplican inventarios de personalidad, concluyendo que en todos los grupos hay alto porcentaje de estos trastornos, tanto en la admisión del paciente como en el alta.
1990	McCarthy.	Ideal de delgadez.	Deprimidos.	Este ideal se da en el doble de mujeres que de hombres a partir de la pubertad, solo en países occidentales. En la actualidad hay más depresiones y la edad de aparición es más baja que en el pasado.// Estas tendencias son también aplicables a los TCA.// Proponen integrar los estudios epidemiológicos.
1990	Silverstone PH.	Autoestima.	AN y BN.	Ambas tienen baja autoestima, aunque no estén deprimidas.

Tabla 20. *Investigaciones sobre Personalidad/Psicopatología. Continuación (c).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1990	Soukup VM, Beiler ME, Terrell F.	Estrés, resolución de problemas.	33 BN; 12 AN.	Las BN tienen mayor número de eventos estresantes en sus vidas; las AN, mayores niveles de ansiedad y depresión.
1990	Steiner H.	Defensas.	AN; BN; D; NP.	Las AN y BN son significativamente más inmaduras que las NP, pero menos que las D y bulimias de peso normal.// Las D son las que tienen defensas menos maduras, mientras que los TCA tienen una psicopatología más moderada.
1991	Bohle A; Von Wietersheim, et al.	Ajuste social.	46 AN; 34 BN.	Las comparan con 50 deficientes motóricos, concluyendo que las AN y BN muestran mayor desajuste en todas las áreas de relaciones sociales.
1991	Jones BP, Duncan CC, Brouwers, et al.	Cogniciones.	AN; BN; NP.	Las diferencias entre AN y BN frente a los controles son pequeñas y sutiles más que francos trastornos cognitivos.// Los logros menores se asocian a ansiedad, pero no a depresión.// Se confirman datos anteriores que señalan dificultades en los procesos de atención en los TCA, pero no diferencias en hemisferio izquierdo.
1992	Bers SA, Quinlan DM.	Competencia.	AN; BN; otras patologías.	Las AN son descritas como competentes, pero ellas valoran sus habilidades de manera parecida al otro grupo de pacientes y se perciben muy poco competentes.
1992	Bourke MP, Taylor GJ, Parker JD, et al.	Alexitimia.	48 AN; NP.	Presencia significativa en AN, frente a los controles. La alexitimia correlaciona negativamente con el nivel de educación, pero no correlaciona con la duración de la AN, cantidad de peso perdido, niveles de depresión o patología psiconeurótica.
1992	Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, et al.	D y ansiedad.	63 AN.	Las AN restrictivas tienen mayores índices de episodios depresivo-ansiosos. Las AN+BN más D mayores y episodios obsesivo compulsivos. //Ansiedad por igual.
1992	Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, et al.	Comorbilidad.	229 TCA.	El 60% de BN, 73% de AN y 82% de trastornos mixtos presentan comorbilidad, generalmente depresión mayor y, en menor medida, abuso de sustancias y trastornos de personalidad. Las AN tienen mayor psicopatología comórbida.
1992	Lask B, Bryant WR.	Precoz (8-14 años).	AN.	Etiopatogenia multifactorial.// Características similares a las de otras edades, incluso a las de adultos.// Pronóstico más desfavorable y con más incapacitación residual.
1992	Mynors WL, Treasure J, Chee D.	Comorbilidad.	AN.	Las de comienzo temprano (< 25 años) se relacionan con acontecimientos vitales y ambientes de estrés crónico. Las de comienzo tardío se acompañan de depresión.
1992	Nagel KL, Jones KH.	D.	AN.	En el pasado se vinculó la AN con otras patologías (esquizofrenia, ansiedad, TOC, depresión y T. antisociales). En la actualidad los esfuerzos se centran en las conexiones AN/D, de la que existen evidencias pero aún no se han podido clarificar.

Tabla 20. *Investigaciones sobre Personalidad/Psicopatología. Continuación (d).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1992	Smith C, Steiner H.	Déficit yoico.	AN; BN; D; AN+D.	La hipótesis es que en la AN hay un déficit yoico (inefectividad, falta de percepción de estímulos interoceptivos, disfunciones interpersonales), pero no se comprueba.
1993	Butow P, Beumont P, Touyz SW.	Disfunciones y estilos cognitivos.	AN; BN; NP y seguidoras de regímenes.	Modelo cognitivo con negatividad extrema en la forma de autoperibirse. Las AN tienen fuerte sentimiento de aislamiento. Desde esta óptica la AN es mucho más severa que la BN.
1993	Gleaves DH, Eberenz K.	Evaluaciones conductuales.	150 AN.	Se obtienen 5 factores: comida rápida y restrictiva; depresión; ansiedad y autoimagen negativa; miedo a engordar y alteración de la imagen corporal; conducta impulsiva.// Dimensiones subyacentes muy similares entre AN y BN.
1993a	Herpertz BM, Remschmidt H.	D y funcionamiento social.	AN y NP; 3 a. seguimiento.	Correlación positiva entre AN y D (BDI; escala de Zung); las AN recuperadas puntúan más alto en D que NP.// Las AN, recuperadas y no recuperadas, son semejantes a NP en ajuste ocupacional y contactos sociales pero no en tema sexual.
1994	Braun DL, Sunday SR, Halmi KA.	Comorbilidad.	105 TCA.	Utilizan la entrevista clínica estructurada del DSM III-R. Los trastornos más comunes son ansiedad, depresión y dependencia de sustancias.// Las AN restrictivas presentan antes la AN que el trastorno psiquiátrico asociado.// El 69% presenta trastornos de personalidad.
1994	Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, et al.	D.	83 AN; 115 BN.	Utilizan entrevista clínica estructurada del DSM III-R y el inventario de Beck. El 43% de la muestra está deprimida.// Los ítems que detectan mejor depresión son 5: falta de satisfacción, desánimo, pérdida de peso, ideación suicida, dificultad en toma de decisiones.
1994	Varela GM, Martini AM, Ponce C, Rubio.	D.	7 AN.	El TCA difiere de la esquizofrenia y de la D.// La AN se inicia por la necesidad de una imagen corporal ideal, pero el motivo cambia y se busca el bienestar en el logro.
1994	Warren WG, Jackson CC, et al.	Preocupación por la muerte.	TCA.	Hay sólo una pequeña relación entre TCA y preocupación por la muerte, igual que en otras patologías.// La severidad de la D (BDI) se relaciona con este temor.
1995	Gothelf D, Apter A, Ratzoni G, et al.	Mecanismos de defensa.	AN; D; NP; obsesivos, límites y esquizofrenia	Además de los mecanismos utilizados por los otros pacientes, las AN usan la intelectualización y la sublimación.// Sus defensas son más elaboradas y más inmaduras que las de NP. Esta combinación de madurez e inmadurez, puede relacionarse con la peculiaridad de su funcionamiento psíquico.
1995	Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA.	Edad.	TCA.	Hay pocas diferencias entre adultos y adolescentes con AN, salvo con las AN restrictivas más jóvenes (< 14 a.) que presentan mayor ansiedad y mayor depresión, que los autores relacionan con miedo a crecer y madurar.

Tabla 20. *Investigaciones sobre Personalidad/Psicopatología. Continuación (e).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1995	Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E.	Alexitimia.	Bibliografía.	Aunque las técnicas de medida son inadecuadas, encuentran alexitimia en los TCA, que consideran secundaria a severas dificultades en la infancia o en la vida adulta.
1995	Toro J, Nicolau R, Cervera M, et al.	Sociofamiliares, académicas, relación.	185 AN entre 11-18 años.	Padres con mayor nivel cultural y más TAF. No significativo el conflicto parental o familias rotas.// Rendimiento académico alto e intenso aislamiento social.
1996	Herzog DB, Nussbaum KM, et al.	Comorbilidad.	TCA.	Con depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.
1996	Sebastian SB, Williamson DA, Blouin.	Sesgos mnémicos.	TCA; NP.	Aparecen sesgos de memoria en los TCA sólo para estímulos relacionados con la gordura (listado de palabras).
1997	Dancyger IF, Sunday SR, Halmi KA.	Personalidad.	AN y BN.	Utilizan MMPI. Distinguen varios subgrupos, de los que las AN son las que muestran menor grado de psicopatología.
1997	Pollice Ch, Kaye WH, Greeno CG, et al.	D, ansiedad, rasgos obsesivos asociados.	AN, en tres estadios.	Estos estadios son: pérdida de peso; recuperación de peso; recuperación a largo plazo. Con ello pretenden ver si los síntomas persisten o son efecto de la malnutrición.// Ven que hay mayor elevación sintomática al inicio, que se va suavizando con la recuperación del peso, pero que muy suavizados persisten a largo plazo.// Concluyen que la malnutrición intensifica estos síntomas, pero que posiblemente estén conectados con la patología de la AN.

Conviene señalar que, en estas investigaciones presentadas:

- Los cuadros psicopatológicos que suelen aparecer relacionados con AN son: depresión y trastorno obsesivo compulsivo; también se mencionan los trastornos de personalidad.
- En general, se señalan diferencias entre las anorexias restrictivas y aquellas que cursan con episodios bulímicos.
- Las pruebas psicológicas utilizadas, junto a al diagnóstico clínico, se reducen a algún cuestionario/inventario de personalidad o algún cuestionario específico de ansiedad/depresión o de problemas alimentarios; las evaluaciones psicológicas más amplias son prácticamente inexistentes.

II.2.9.3- Investigaciones familiares.

El estudio de los antecedentes familiares de los TCA es el que ha producido más indicios y, a su vez, más discusiones sobre la relación entre AN y TAF. El trabajo de Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin y Green (1977), punto de partida de esta polémica, se llevó a cabo con un grupo de 26 anoréxicas, en las que, estos investigadores, estudiaron la presencia de TAF en sus familiares de primer grado; aplicando criterios diagnósticos objetivos hallaron que 23 de estos parientes los satisfacían. En 1980, Winokur, March y Mendels realizan el primer trabajo suficientemente controlado con 25 anoréxicas, obteniendo una prevalencia de TAF, en parientes de primer grado, del 22%, frente a un 10% en los grupos de control. Una cifra bastante similar obtienen Gershon y cols. (1984) en un grupo de 24 anoréxicas, con resultados de 22% de TAF en sus parientes de primer grado frente al 7% en el grupo de control. Los estudios genéticos hablan de una transmisión poligénica muy probable en la depresión (Alonso Fernández, 1988). Los resultados más relevantes del rastreo bibliográfico realizado sobre este tema, se recogen en la Tabla 21.

Tabla 21. *Estudios familiares: Relación entre anorexia y depresión*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1983	Garfinkel PE, et al.	Medidas psicométricas.	Familias AN y no AN, Canadá.	Tests: Cuestionario de personalidad (16PF); Inventario de D de Beck (BDI); Family assessment measure.// En contra de lo esperado, en los padres no se encuentran actitudes anormales hacia el control del peso o la dieta, ni en la estimación de su cuerpo, ni en el grado de satisfacción en relación a él.// No es posible saber si el incremento de algunas subescalas forma parte de la patogénesis o es consecuencia de la enfermedad.
1984	Gershon ES, Schreiber JL, et al.	TAF.	AN.	En las familias de AN predominan trastornos afectivos, mayor, unipolar o bipolar, pero no se relaciona con TAF en anoréxicas. Sugieren factores genéticos asociados entre TAF y AN, pero difíciles de definir y heterogéneos.
1984	Rivinus TM, Biederman J, et al.	Historias familiares.	40 AN y 23NP	En las familias de primero y segundo grado de las AN, encuentran más depresiones y abusos de sustancias que en los NP. Existe conexión entre AN y riesgo familiar de depresión y/o abusos de sustancias.
1985	Achimovich L.	Técnicas de terapia familiar.	AN.	Las familias anoréxicas son sobreprotectoras, rígidas, evitadoras de conflictos y los hijos están envueltos en esos conflictos. // Es necesario hacer cambios en el sistema y estructura familiar de estos pacientes.
1985	Biederman J, et al.	TAF.	38 AN; 23NP.	La hipótesis es que las pacientes con AN + un episodio de D mayor, tendrán familias con TAF en mayor medida que las pacientes con AN sin D mayor.// Se confirma la hipótesis. Parece existir una vulnerabilidad genética para los TAF.
1989	Logue CM, Crowe RR, Bean JA.	TAF.	TCA; TAF; NP.	Encuentran asociación familiar entre TCA y D mayor, pero no evidencia de que los rasgos clínicos de los TCA puedan usarse como predictores de riesgo mórbido.
1996	Horesh N, Apter A, Ishai J, et al.	Factores psicosociales.	TCA en adolescencia.	Encuentran: presión parental inadecuada; hostilidad hacia la hija con TCA; rivalidad fraterna; sobreprotección parental; cambios negativos en las relaciones familiares.

En estas investigaciones sobre familias de pacientes anoréxicos:

- Se describen características psicológicas muy diversas, aunque la necesidad de intervención familiar en estos cuadros parece clara.
- Se destaca la conexión entre AN y riesgo familiar de D, pero los factores genéticos continúan siendo difíciles de definir y heterogéneos.

II.2.9.4.- Investigaciones de los factores de riesgo.

Hay una serie de investigaciones que centran su interés en determinar cuáles son los factores de riesgo que inciden en la AN. Los resúmenes seleccionados se incluyen en la Tabla 22 y destacan como factores predisponentes:

- Diversas características de personalidad como hipermadurez, baja autoestima, sobreprotección materna, elevado nivel cultural de los padres, insatisfacción con la imagen corporal, interés por las dietas, etc.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos de ansiedad en la infancia.
- Mensajes de los medios de comunicación.
- Ejercicio extremo.
- Se estudia la influencia de abusos sexuales en la infancia y, si bien facilita la aparición de ulterior psicopatología, no se concreta en AN.

Tabla 22. Factores de riesgo: Relación entre anorexia y depresión.

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1984	Hsu LK, Holder D, Hindmarsh D, Phelps.	Depresión familiar.	Gemelas.	Los trastornos afectivos familiares pueden predisponer a las adolescentes mujeres a desarrollar una AN.
1984	Irwin M.	Edad.	< 12 años, AN.	Relación entre TAF y aparición precoz de AN.
1986	Katz JL.	Ejercicio extremo.	Atletas larga distancia.	El ejercicio extremo puede servir para precipitar y, posiblemente, perpetuar AN en personas que son psicológica y biológicamente vulnerables.
1990	Casper RC.	Personalidad.	AN restrictiva en seguimiento	La tendencia a la restricción emocional y conductual unida a un fuerte sentido de valores morales tradicionales, puede ser un factor de riesgo para AN restrictiva.
1992	Myers PN, Biocca FA.	Medios comunicación.	Universitarias.	El tamaño corporal real entra en conflicto con el ideal, propuesto por los medios de comunicación y crea una imagen corporal propia sobrestimada e inestable.// Más de 30 minutos/día de anuncios sobre el tema, altera la propia percepción.
1994	Killen JD, Hayward C, Wilson DM, et al.	Factores de riesgo: estudio longitudinal.	Niñas, 12-13 años.	Cuando aparece la constelación (nivel alto de maduración; temor a ganar peso, disforia, insatisfacción con el propio cuerpo; dudas sobre el propio valor) en una púber, hay que estar atentos a que presente un TCA.
1994	Schaaf KK, McCanne TR.	Abuso sexual.	670 estudiantes.	Ver si hay relación entre abusos en la infancia y trastornos de la imagen corporal o síntomas alimentarios. Comprueban que hay mayor psicopatología, pero no TCA.
1995	Deep AL, Nagy LM, Weltzin TE, Rao R, Kaye WH.	Estudio retrospectivo.	24 AN, tras 1 año de recuperación.	El 58% había sufrido trastornos de ansiedad hacia los 10 años y un 50% depresión un año antes de la AN. Concluyen que los T. de ansiedad en la infancia pueden alertar como primera expresión conductual de cierta vulnerabilidad biológica.
1995	Tiller J, Schmidt U, Ali S, Treasure J.	Hostilidad y agresión en la infancia.	TCA.	Los TCA son más intrapunitivos (los AN más que los bulímicos). Pero no hay conexión clara entre cuidados deficitarios en la infancia y hostilidad al ser adultos.
1995	Vize CM, Cooper PJ.	Abuso sexual.	AN; D; NP.	Hay iguales tasas de abusos en TCA y D. Se asocia abuso con impulsividad. El abuso hace a la persona más vulnerable a problemas psíquicos, no TCA en especial.

Tabla 22. Factores de riesgo: Relación entre anorexia y depresión. Continuación (b).

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1995	Walters EE, Kendler KS.	Factores de riesgo.	AN femenina.	Entre los factores están: interés en dietas; mayor nivel cultural de los padres; baja autoestima; alto neuroticismo; sobreprotección materna.
1996	Lee AM, Lee S.	Factores predictivos.	294 escolares.	Estas escolares chinas presentan las mismas pautas y relaciones entre descontento con el cuerpo y TCA que las occidentales y la misma vulnerabilidad psicosocial.
1997	Lyon M, Chatoor I, Atkins D, Silber T, Mosimann J, Gray J.	Factores de riesgo aceptados en la literatura.	43 AN; 85 NP	Confirman tres factores de riesgo: historia de depresión familiar; sentimientos de incapacidad; escaso registro de datos interoceptivos. En la historia familiar también aparece alcohol y abuso de drogas, pero menos general.// El mejor modelo explicativo es el de la multidimensionalidad etiológica.
1997	Patton GC, Carlin JB, Shao Q, Hibbert ME, Rosier M, et al.	Dietas de adelgazamiento.	2525 chicos y chicas.	En esta muestra australiana encuentran que de todos los que inician o mantienen dietas, sólo un 7% de chicas y un 1% de chicos caen en restricciones alimentarias severas. De ellos, el 62% muestran depresión y ansiedad asociados.

II.2.9.5.- Investigaciones sobre tratamiento y seguimiento.

Finalmente, en la Tabla 23 se mencionan algunos trabajos que pretenden determinar las relaciones entre AN y TAF partiendo del efecto de diversos tratamientos, especialmente farmacológicos, ya que la utilización de medicación antidepresiva es una práctica bastante habitual en el tratamiento de ambas patologías. Se estudia también la sintomatología que persiste a lo largo del tiempo en la AN, una vez que el/la paciente ha sido dado/a de alta.

Como conclusiones de estas investigaciones, se pueden mencionar las siguientes:

- *Evidencias farmacológicas que apoyan las diferencias entre AN y BN.*
- *Algunos autores demuestran la escasa influencia de la psicoterapia en el tratamiento de la AN, mientras que otros autores presentan evidencias de lo contrario.*
- *Los seguimientos a largo plazo de pacientes anoréxicas, señalan las conexiones de esta patología con depresión y ansiedad. Algunos autores relacionan la depresión más con la falta de adaptación social que con el TCA.*

Tabla 23. *Tratamiento/Seguimiento: Relación entre anorexia y depresión.*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1984	Munford PR, Tarlow G, Gerner R.	Condicionamiento operante+imipramina.	1 caso (AN+D asociada).	La imipramina disminuye la depresión, pero no ayuda a aumentar el peso.
1985	Altshuler KZ, Weiner MF.	Depresión.	AN.	Estudian la frecuencia de los síntomas depresivos + respuesta positiva a antidepresivos + terapia electroconvulsiva + anomalías fisiológicas similares + estudios familiares. Aunque estos datos señalan semejanzas entre ambas (equivalente o parte del síndrome), los autores cuestionan seriamente estas ideas.
1985	Hudson JI, Pope HG, Jonas JM, Yurgelun.	Antidepresivos diversos.	10 AN.	Todas las pacientes mejoraron, pero alertan sobre los posibles efectos secundarios.
1985	Nussbaum M, Shenker IR, Baird D, Saravay S.	Terapia. Situación en el seguimiento. (media=27.5meses).	63 AN.	Mejor sintomatología, pero se seguían viendo gordas (79%); el 40% con sentimientos depresivos y 22% relaciones sociales insatisfactorias.// No diferencias entre las que tuvieron psicoterapia (65%) y las que no (35%); no relación entre mejoría y tipo y duración de la psicoterapia.
1986	Halmi KA, Eckert E, LaDu TJ, Cohen J.	Antidepresivos.	AN y BN.	Se obtiene la primera evidencia farmacológica de que anorexia y bulimia son subtipos diferentes.
1992	Hsu LK, Crisp AH, Callender JS.	Seguimiento a los 22 años del inicio.	16 AN.	Las no recuperadas (7) presentaban mayor comorbilidad; 3 de las recuperadas (9) tuvieron una D mayor tras la recuperación de la AN. Apuntan la conexión AN-D.
1993	Herpertz BM, Remschmidt H.	Depresión.	34 adolescen. con AN.	En el seguimiento constatan que hay asociación entre la severidad de la AN y el grado de D. pero relacionan esa D con la desadaptación social más que con el TCA.
1994	Robin AL, Siegel PT, Koepke T, et al.	Terapia familiar versus individual.	22 AN.	El tratamiento familiar produjo mayores ganancias de peso, pero ambos mejoraron las actitudes hacia la comida, el registro interoceptivo y los conflictos familiares.
1995	Herpertz BM, Wewetzer C, et al.	Valor predictivo de D, en seguimiento,3,7años.	34 AN con D.	La patología depresiva inicial no es indicador pronóstico válido para la mejoría de la AN.// Las pacientes con AN persistente son las que sufren D comórbida.

Tabla 23. *Tratamiento/Seguimiento: Relación entre anorexia y depresión. Continuación (b).*

Año	Autor	Variable	Muestra	Aportación
1996	Franko DL, Rolfe S.	Contratransferencia.	TCA y D.	AN y D hacen sentir al terapeuta similares niveles de frustración, rabia, tensión y miedo. En bulímicas esos sentimientos son menores.
1996	Herpertz BM, Wewetzer Ch, Schulz E, Remschmidt H.	Comorbilidad en seguimiento a 7 a.	34 TCA.	15 de ellas siguen con TCA.// La comorbilidad prevalente es ansiedad (41%) y depresión (18%) y su intensidad es inversa a la mejoría en los TCA.// Tienen peor pronóstico las AN restrictivas y las que tienen comorbilidad psicopatológica.
1996	Hull JW, Yeomans F, Clarkin J, Li Ch, et al.	Hospitalización múltiple.	107 mujeres borderline.	Las causas de hospitalizaciones múltiples son tres: AN, síntomas psicóticos y suicidio.

En el contexto que nos ha proporcionado esta breve **revisión bibliográfica** realizada, la idea de aportar una respuesta a la problemática anoréxica y su conexión con la depresión, desde la perspectiva de la evaluación psicológica se nos confirma como válida y útil. Parece también interesante la posibilidad de poder proporcionar una descripción, desde esta misma óptica, de las características de personalidad de los/as pacientes anoréxicos/as, pues las descripciones existentes suelen ser muy generales e inespecíficas. Ambos objetivos constituyen los ejes de este trabajo y se explican con mayor detalle en el Apartado III.1.

II.3.- EL TEST *RORSCHACH* EN INVESTIGACIÓN.

II.3.1.- Introducción.

Tradicionalmente el test *Rorschach* se ha incluido dentro de las *técnicas proyectivas*, constatándose, desde las primeras utilizations de la prueba, que el concepto de proyección no se ciñe exclusivamente a su acepción psicoanalítica, sino que se intenta articular dicha perspectiva con el modelo lewiniano de la conducta, en cuanto a proceso de organización del campo perceptivo (Avila, 1995). No obstante, esta articulación pasa por distintos momentos.

- Hasta principios de los años sesenta las técnicas proyectivas ocuparon el lugar de honor en la escena del psicodiagnóstico. Respondían al apelativo de *proyektivos* la mayor parte de los instrumentos de valoración que se elegían rutinariamente para las principales necesidades evaluativas en la clínica, en la escuela e incluso en la empresa. La concepción “cualitativa” de la evaluación psicológica, inherente a la esencia de los instrumentos proyectivos, impregnaba toda la filosofía de la evaluación, relegando las técnicas de medición y predicción “cuantitativas” a un segundo plano.
- Los años sesenta fueron una época en la que las críticas actuariales fueron calando en numerosos evaluadores, que empezaron a mirar lo proyectivo con desconfianza, a la par que impulsaron a algunos clínicos a sentar las bases de importantes cambios en los planteamientos metodológicos de las técnicas proyectivas. El descontento y las censuras ya se habían hecho oír en los años cincuenta respecto a diversos aspectos: (a) Los conceptos y fundamentos teóricos, especialmente en torno a la naturaleza de la proyección; (b) Las exigencias de cumplimiento de las propiedades psicométricas básicas de validez y fiabilidad; (c) Los problemas de administración de los tests, como la influencia del examinador y de la situación de la prueba; (d) La relativa ausencia de datos normativos; (e) La dudosa y, en cualquier caso, dificultosa distinción entre las distintas poblaciones clínicas. Todos estos temas cristalizaron en duras críticas e importantes replanteamientos. Obras como las de

Murstein (1963, 1965) y la de Zubin, Eron y Schumer (1965), entre otros muchos estudios, supusieron una demanda de revisión conceptual y metodológica de la escena de las técnicas proyectivas.

- Ya en la década de los setenta hubo una reacción ante esta crisis. Tras el declive de las técnicas proyectivas, a partir de 1974 comienza a crecer de nuevo el volumen de investigaciones realizadas sobre ellas y a ejecutarse planteamientos tendentes a solucionar los principales problemas planteados. Sin tratar de hacer un inventario de todos ellos, cabe destacar cuatro direcciones relevantes:

- La reformulación de la teoría de la percepción en función del modelo de procesamiento de la información.

- La ejecución de amplios estudios normativos.

- La revisión de los sistemas de valoración e interpretación de las respuestas para las principales técnicas. Cabría aquí hacer mención especial a la obra de Exner (1969, 1974, 1978, 1986, 1991, 1993/1994; Exner y Weiner, 1982) en cuanto al *test de Rorschach*.

- El diseño de nuevas técnicas proyectivas.

II.3.2.- Investigación con el test *Rorschach*: presente y futuro.

El test *Rorschach*, como técnica de evaluación, ha seguido una evolución paralela a la de las técnicas proyectivas, tanto en la práctica clínica como en su uso en la investigación, permaneciendo durante muchísimo tiempo en el centro de una gran controversia. A pesar de su enorme popularidad en los contextos clínicos era sistemáticamente rechazado en el campo de la investigación (Lubin, Larsen, & Matarazzo, 1984). Esta situación se hace muy evidente en las largas, y con frecuencia mordaces, series de revisiones sobre el test que se publicaron en el *Mental Measurements Yearbook (MMYB)*. Una enorme discusión que giraba en torno a

si el test *Rorschach* podía usarse o no en la investigación, e incluso, si se comportaba como un test o era más apropiado pensar en él como en una técnica clínica (Eron, 1965; Rabin, 1972; Zubin, Eron, & Schumer, 1965). En la cuarta publicación del *MMYB*, Sargent, que teóricamente era un rorschachista, estableció que el *Rorschach* era una técnica clínica y no un método psicométrico (Acklin, & McDowell, 1995).

Como test, el *Rorschach* ha sido atacado duramente por los psicólogos de orientación psicométrica, acusándole de ser una prueba incapaz de cumplir muchos, sino la mayoría, de los criterios estándar de construcción de los tests, incluyendo los índices de consistencia interna, fiabilidad interpuntuadores y validez (Dana, 1965; Jensen, 1965; McArthur, 1972). Más aún, Cronbach llegó a expresar que quizá el 90% de las conclusiones publicadas como resultados de estudios estadísticos realizados con *Rorschach*, eran incapaces de sostenerse, no porque fueran necesariamente falsas, sino que estaban basadas en análisis absolutamente insostenibles (Cronbach, 1949). Afirmaba, además, que no se podía atacar al test, porque la mayoría de las hipótesis de esta prueba estaban aún en un estadio pre-investigador. Los críticos del test se asombraban de que, a pesar de los años de investigación negativa y de los dudosos resultados obtenidos, no se había enfriado el ardor de los rorschachistas. Así lo expresa Knutson en 1972 y muchos otros autores.

Durante largos años, los puntos de vista de los críticos del test *Rorschach* se vieron favorecidos por varios factores: (a) La propia naturaleza compleja del test; (b) Los sistemas divergentes de administración y de puntuación de la prueba; (c) La cualidad de los puntajes *Rorschach* y las distribuciones peculiares de los datos de algunas de sus variables; (d) El tipo de estadísticos y los métodos de investigación poco rigurosos que habitualmente se utilizaban. Este criticismo feroz que se produjo contra el test, especialmente en los años 50 y parte de los 60, provocó, al mismo tiempo, una corriente de investigaciones dedicadas a

resolver o a intentar responder a muchas de las preguntas, absolutamente razonables, que los críticos hacían sobre esta prueba. La mayoría de estos esfuerzos están relacionados con la construcción del *Sistema Comprensivo* de Exner (1969,1974, 1978, 1986, 1991, 1993/1994; Exner, & Weiner, 1982). Esta nueva aproximación al test *Rorschach*, iniciada a finales de los años 60, y publicada desde 1974 hasta el momento actual, pone de manifiesto toda una serie de experimentos llevados a cabo para intentar colocar al *Rorschach* en el lugar que realmente le correspondía o, por el contrario, desecharlo definitivamente como prueba útil para la investigación. Todos estos trabajos, llevados a cabo en la construcción del *Sistema Comprensivo* han producido, con el tiempo, una tipificación de este instrumento.

En la **actualidad** existen ya suficientes evidencias, derivadas de las investigaciones acumuladas a lo largo del tiempo, sobre todo después de las significativas aportaciones de Exner desde 1974, para considerar que la proyección es sólo una de las múltiples variables que pueden estar implicadas en la tarea y su papel es importante únicamente en ciertos aspectos de algunos perceptos, sobre todo en los momentos finales del proceso de respuesta, en los que el sujeto evalúa, descarta y selecciona respuestas potenciales. En cualquier caso, este papel no es uniforme sino muy variable inter-individualmente, existiendo protocolos de *Rorschach* con abundante número de respuestas y abundante proyección y otros, en cambio, donde ésta no es evidenciable (Exner y Sendín, 1995).

Por otro lado, hay que recordar que este test apareció en 1921 y la denominación de técnicas proyectivas, propuesta por Frank, surgió en 1939, de manera que su inclusión en esta denominación fue muy posterior. Según su propio autor (Rorschach, 1921/1969), este instrumento se basó en la hipótesis de que la evaluación de la distinta sensibilidad perceptiva de los individuos a las variadas dimensiones de los estímulos (forma, color, sombreado, vista etc.), sería útil para poder relacionar esas diferencias con características específicas de su

personalidad.

En el momento presente, el test *Rorschach* tiende a definirse como un instrumento básicamente *perceptual-cognitivo*, volviendo a la concepción original del propio autor (Exner, & Sendín, 1997). Su interpretación puede ser abordada desde distintos modelos teóricos y puede realizarse desde diversos enfoques. Weiner (1995) sintetiza estas posibles formas de abordaje en torno a una pregunta que se autoformula: “¿Qué es el *Rorschach*?”.

- Por una parte, es una medida de la *estructuración cognitiva* del sujeto: Para poder aportar cada una de las respuestas, el individuo ha de llevar a cabo un complicado trabajo de procesamiento de la información, que incluye distintas fases, de las cuales, hasta el momento, se han podido identificar con claridad las siguientes:

- Incorporación del campo estimular, entero o por áreas.
- Clasificación mental de respuestas potenciales.
- Revisión del campo para refinar tales respuestas.
- Descartamiento de muchas de ellas por comparaciones pareadas, ordenamientos jerárquicos o censura.
- Selección de aquellas que el sujeto juzga como adecuadas para ser aportadas.
- Articulación verbal de las mismas.

Así pues, en esta prueba se propone una tarea fundamentalmente perceptual-cognitiva, ya que se requiere del sujeto un procesamiento de la información procedente de un campo estimular con un alto grado de ambigüedad y que exige la puesta en marcha, entre otras, de funciones de rastreo, codificación, clasificación, descartamiento, evaluación, selección y articulación verbal, muy similares a las evocadas en cualquier tarea de solución de problemas o toma de decisiones que comporten un procesamiento visual de estímulos.

Ahora bien, la información que se deriva del análisis de las aportaciones de un protocolo

Rorschach, no se agota en estos elementos pues, además de ellos, entran en juego y, por tanto, son susceptibles de ser evaluados, aspectos afectivos y motivacionales, así como la posibilidad de discriminar, en función de los procesos preferentemente utilizados por el sujeto, elementos estables versus situacionales.

Desde esta perspectiva, las respuestas *Rorschach* aportan información sobre el funcionamiento de la personalidad, porque el sujeto estructura la situación del test de la misma manera que configura otras situaciones de su vida, que le exigen tomar decisiones y resolver problemas. Así pues, las elecciones que hace el sujeto sobre localización, contenidos y otras variables estructurales, se relacionan con sus disponibilidades para responder a la experiencia de una determinada manera, constituyendo un conjunto de rasgos que definen lo que, habitualmente, se llama *estructura de la personalidad*.

Aquí se pueden mencionar autores como Beck (Beck, Beck, Levitt, & Molish, 1961); Bohm (1953/1973); Piotrowski (1957, 1977); Salas (1944); etc.

- También puede considerarse una medida de la *imaginería temática* que comprende procesos de asociación, proyección y simbolización. Bajo este punto de vista, las manchas se consideran un estímulo para revelar fantasías, actitudes, sentimientos, necesidades y preocupaciones personales. Es decir, las respuestas de cada protocolo aportan información sobre las características psicológicas subyacentes y sobre un conjunto de variables fluidas e interactivas de la conducta que habitualmente se conoce como la *dinámica de la personalidad*.

Este enfoque surge en los años cuarenta, veinte años después de la publicación de la monografía de Herman Rorschach e incluye autores como Frank (1939); Klopfer (Klopfer, Ainsworth, Klopfer, & Holt, 1954); Lindner (1950); Miale (1977) y Schafer (1954).

- Ambas conceptualizaciones, muy distanciadas durante mucho tiempo, se han integrado

finalmente. El primer autor que siguió esta vía integradora fue Rapaport (Rapaport, Gill, & Schafer, 1945), siendo finalmente Exner quien culmina esta integración con sus sucesivas investigaciones. Dentro del *Sistema Comprehensivo* de Exner (1974, 1993/1994), se atiende a tres tipos esenciales de información aportada por el test *Rorschach*: *estructural*, *secuencial* y de *contenido*, que representan distintos niveles complementarios y que, según los individuos, aportan aspectos de riqueza informativa diversa para la interpretación final.

Se asume, en general, que el *Sistema Comprehensivo*, con su énfasis en la estandarización y en el rigor metodológico, ha incrementado la fiabilidad del test y ha realizado esfuerzos sistemáticos de cara a la validación de numerosos aspectos del test *Rorschach*, lo que lo ha colocado en una situación estable, con fundamentos mucho más sólidos para ser utilizado como instrumento psicométrico en campos de la investigación muy variados. Su utilidad está comprobada no sólo en el ámbito clínico, donde es uno de los tests más utilizados junto con el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, sino también en otros campos como: (a) El jurídico, por los obstáculos que presenta para que el sujeto pueda falsear deliberadamente la información; (b) El industrial, para seleccionar sujetos idóneos para puestos directivos; (c) El educativo, donde se está convirtiendo en un instrumento muy eficaz para planificar intervenciones psicopedagógicas basadas en los estilos perceptual-cognitivos, afectivos y motivacionales de los sujetos (Exner, & Sendín, 1997; Sendín y García Alba, 1995).

Weiner (1997a; 1997b; 1998b, Agosto), en varios trabajos, sintetiza las propiedades que debe cumplir todo test para resultar psicométricamente aceptable: (a) Conocimiento del nivel de acuerdo interpuntadores; (b) Presentación de datos normativos; (c) Pruebas de fiabilidad; (d) Validez. A continuación constata el cumplimiento de estos requisitos en el test de *Rorschach*:

a) Las investigaciones sobre **acuerdo interpuntuadores** indican que todas las variables del *Sistema Comprensivo* pueden ser codificadas de forma fiable. Aunque, por su importancia, se volverá a incidir sobre este punto al hablar de los procedimientos estadísticos utilizados (Apartado III.5.4), cabe señalar aquí que McDowell y Acklin (1996) consideran adecuado, en un estudio con *Rorschach* sobre concordancia interpuntuadores, un porcentaje medio de acuerdo del 87%.

b) La **fiabilidad** de los datos del test *Rorschach* ha sido documentada con series de estudios de retest, realizados tanto con adultos como con niños, en intervalos de tiempo variables desde 7 días a 3 años. En una muestra de 100 adultos no pacientes que fueron reevaluados al cabo de 3 años, se obtuvieron los siguientes resultados:

⇒ coeficientes de estabilidad de 0.80 o más en 13 variables nucleares: frecuencia organizativa, Lambda, movimiento humano, movimiento activo, forma-color, suma de color, proporción afectiva, suma de textura, suma de vista, forma convencional, índice de egocentrismo, suma crítica de puntajes especiales y experiencia actual.

⇒ otras 6 variables nucleares arrojaron coeficientes de estabilidad mayores de 0.70: número total de respuestas, movimiento pasivo, suma de color-forma y color puro, populares, movimiento animal y estimulación sufrida (Exner, & Weiner, 1995).

c) En cuanto a **datos normativos**, el *Sistema Comprensivo* proporciona estadísticos descriptivos para cada una de las variables que se codifican, provenientes de diversas muestras:

⇒ 700 adultos no pacientes.

⇒ 1390 niños y adolescentes, agrupados por niveles de edad de 5 a 16 años.

⇒ grupos de referencia de pacientes: 320 esquizofrénicos hospitalizados, 315 depresivos hospitalizados, 440 pacientes externos, de diversos diagnósticos, al comienzo de su

primer tratamiento y 180 pacientes externos con trastornos caracteriales (Exner, 1993/1994). El tamaño y diversidad de las muestras proporciona amplia información estandarizada para el usuario de este test.

En cuanto a la población española, son importantes los trabajos realizados por Sendín (1981; 1990) con muestras de no pacientes, ya que aportan algunas diferencias con respecto a la población americana.

d) Recientemente se ha utilizado el test *Rorschach* para realizar diversos meta-análisis (Atkinson, 1986; Parker, 1983). Algunos de estos estudios meta-analíticos han comparado *Rorschach* con *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, que está considerado como una prueba estándar en el diagnóstico psicológico (Kendall, & Norton-Ford, 1982), y con la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS)* (Atkinson, 1986; Parker, Hanson, & Hunsley, 1988). Estos estudios han encontrado categorías ampliamente comparables y, en lo que respecta a *Rorschach*, han podido concluir que posee una **validez** adecuada, comparable a la de *MMPI* y a otras técnicas psicométricas. Aplicando procedimientos desarrollados por Hedges y Olkin (1985) y revisando 411 estudios, Parker, Hanson y Hunsley (1988) obtienen coeficientes de validez convergente de 0.41 para *Rorschach* y de 0.46 para *MMPI*, no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos valores.

Posteriormente, Shontz y Green (1992) publicaron una evaluación de las tendencias en la investigación con *Rorschach*, señalando la necesidad de mejorar metodológicamente los estudios cuando se aplica este instrumento. No obstante, en este mismo estudio indicaron que, definitivamente, el test cumple los requisitos psicométricos necesarios y que se muestra válido y fiable cuando se usa adecuadamente. Finalmente se concluye que los estadísticos utilizados tienen, según estos autores, una enorme influencia en la magnitud de los hallazgos.

Es decir, que la probabilidad de que el test detecte un efecto, cuando éste está realmente presente, depende de la especificidad de los estadísticos que se hayan usado para medir tales características, más que de la propia prueba en sí misma. Por tanto, las críticas se dirigen en la actualidad a los sistemas estadísticos o a los aspectos metodológicos de las investigaciones que se han llevado a cabo con el test *Rorschach* y no tanto al test en sí mismo (Sendín, 1987). Dicho de otra manera, muchos de los estudios en los que los autores más críticos se basaban, fallaban en la propia metodología o en la potencia estadística de las estrategias que se utilizaban para analizar los datos, errores que no parecen directamente achacables a la prueba *Rorschach* sino a los sistemas que se han empleado para analizar sus datos.

A modo de conclusión, se puede afirmar que la estandarización actual del test *Rorschach* y los recientes meta-análisis realizados proporcionan resultados muy favorables, que lo convierten en un test psicométricamente “respetable”. Esto no significa que todo esté resuelto en la investigación con *Rorschach*, pues todavía hay muchos datos que señalan temas que permanecen sin resolver.

Uno de los objetivos principales de la **investigación futura** será, probablemente, el estudio de las características estimulares de las manchas (Exner, 1997). Hasta el momento actual, los intentos en este sentido han sido muy escasos, porque se trabajó siempre con el supuesto de que las manchas eran ambiguas y de que el sujeto tenía una infinita posibilidad de respuesta. En contra de tal creencia, desde los primeros trabajos de H. Rorschach (1921/1969) se fue sugiriendo que cada mancha ofrece destacadas características estimulares que restringen o, al menos, no estimulan, determinados tipos de respuesta y, sin embargo, provocan otros. El ejemplo más destacado de esta evidencia lo constituyen las respuestas populares, respuestas muy frecuentes en las que hay pocas variaciones inter-culturales. La importancia de determinados rasgos del estímulo también resulta evidente a la hora de

valorar la calidad formal de las respuestas, en función de la frecuencia de aparición de las mismas, de manera que la *FQo* (calidad formal ordinaria) supone su presencia en, al menos, un 2% de los casos. Parece pues, que cada mancha presenta componentes destacados, pero aún se desconoce cuáles de ellos provocan tales respuestas. Algo parecido ocurre con el análisis del contenido que, según se han ido identificando y diferenciando las respuestas que contenían material proyectivo de las que no lo tenían, se ha ido afinando su ajuste y disminuyendo el excesivo grado de especulación que era tradicional en las interpretaciones. En suma, aún queda mucho por conocer acerca de cómo los estilos de respuesta se relacionan con las características de cada estímulo y cómo ambos aspectos contribuyen a seleccionar y descartar respuestas potenciales.

Existen muchos otros aspectos en los que las conceptualizaciones son frágiles o, al menos, muy insuficientes. Por ejemplo, aún no se sabe con seguridad por qué las respuestas *FM* (movimiento animal) se relacionan con la actividad ideativa relacionada con los estados de necesidades o por qué las *m* (movimiento inanimado) aparecen unidas a un tipo de reacción situacional. Lo mismo ocurre con las respuestas *Y* (sombreado difuso), relacionadas con reacciones situacionales, mientras que una variable muy semejante, las respuestas *C'* (color acromático) aparecen como rasgos más estables. Se han acumulado suficientes evidencias de que todo ello es así, pero aún se desconoce el por qué.

Del mismo modo, algunas valoraciones del contenido como *Bl* (sangre), *Fi* (fuego), *Ex* (explosión), *Hh* (hogar) y *Sc* (ciencia), presentan claras diferencias de frecuencia cuando el sujeto es extratensivo o introversivo, pero no se dispone de una explicación satisfactoria al respecto.

Otros aspectos que necesitan matizaciones son los distintos “niveles” en que pueden aparecer puntuaciones como *COP* (movimiento cooperativo), *AG* (movimiento agresivo) o

MOR (contenido mórbido). Aunque, cuantitativamente, todas van a valorarse del mismo modo, el rorscharchista sensible sabe que, cualitativamente todas ellas no representan el mismo nivel de “intensidad”.

Otras vías de investigación futuras las constituyen los estudios longitudinales, que permitirán arrojar mucha luz acerca de los “falsos positivos” y “falsos negativos” de índices como *SCZI* (esquizofrenia) y *DEPI* (depresión), así como sobre las relaciones entre *DEPI* y *CDI* (índice de inhabilidad social).

Finalmente, también es necesario aumentar la muestra de niños para evitar sobregeneralizaciones, pues los grupos de edades actuales son demasiado pequeños (Exner, 1997). Esta tarea no resulta fácil ya que la recogida de protocolos de niños no pacientes requiere, como los estudios longitudinales, un gran esfuerzo de colaboración entre rorscharchistas.

A la luz de las últimas investigaciones mencionadas, parece que esta gran tarea que queda por hacer merece la pena. El test *Rorschach*, como tal test, aporta un amplio conjunto de datos acerca de muchas características individuales que, interpretadas correctamente, ofrecen un retrato en profundidad del individuo como individuo, a pesar de que tal retrato puede irse perfeccionando progresivamente, por toda la investigación que se vaya realizando con esta prueba.

II.3.3.- Uso conjunto del test *Rorschach* y el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*.

Numerosos estudios empíricos indican que *Rorschach* y *MMPI* son los tests que se utilizan más frecuentemente en la evaluación de la personalidad (Archer, Maruish, Imhof, & Piotrowski, 1991; Ganellen, 1996; Lubin, Larsen, Matarazzo, & Seever, 1985). Aunque aún

no hay muchos datos acerca de su uso conjunto, debe admitirse que su aplicación combinada es una práctica habitual en la evaluación psicológica (Archer, & Krishnamurthy, 1993a, 1993b).

El objetivo de esta combinación es incrementar la validez (Sechrest, 1963) basándose en la idea de que la validez de las inferencias y predicciones clínicas aumenta cuando deriva de múltiples fuentes (Dana, & Bolton, 1982).

El inventario *MMPI* es un test que representa una forma estándar de medir, de un modo bastante objetivo, la personalidad (Kendall, & Norton-Ford, 1982). La prueba combina un formato fijo de respuestas y una aproximación interpretativa actuarial, aplicada a diversos tipos de personas, sin preocuparse en exceso por su individualidad. Al estar formado por un conjunto de ítems de amplio rango, proporciona la posibilidad de crear un autoinforme psicológico, dentro de los parámetros del test de formato fijo de respuesta. A pesar de la *corrección K* (que no suele utilizarse con adolescentes) y de la validez de las escalas clínicas, al ser un autoinforme, no puede interpretarse asumiendo una congruencia perfecta entre lo que los sujetos dicen acerca de sí mismos y lo que realmente son (Weiner, 1993). Se le incluye dentro de una batería de tests para que el sujeto evalúe problemas, síntomas y conductas, aportando su punto de vista sobre sí mismo o en la forma que le gustaría ser visto por los demás (Acklin, 1993).

El test *Rorschach*, sin embargo, es un test perceptual-cognitivo que permite mucha mayor libertad de respuesta que el formato fijo de *MMPI*. Resulta menos obvio que éste, ya que, generalmente, es poco evidente lo que se quiere evaluar y proporciona un material rico de interacción lingüística y de conducta. Por todo ello, tradicionalmente, se le ha considerado como una aproximación indirecta a la evaluación de la personalidad. No obstante, comparte con *MMPI* propiedades psicométricas equivalentes cuando se utiliza de forma adecuada,

como ya se ha señalado (Parker, Hanson, & Hunsley, 1988).

La razón de incluir *Rorschach* en una batería de tests es que, al evaluarse en términos de *determinantes, índices y proporciones* en comparación con otros grupos, resulta muy adecuado para poner de manifiesto la estructura y organización de la personalidad, en contraste con *MMPI*, más focalizado en la manifestación de síntomas y problemas.

En relación a su uso conjunto habría que hacer una serie de consideraciones (Weiner, 1993):

a) Al realizar un diagnóstico utilizando puntuaciones múltiples, aumenta la exactitud diagnóstica, reduciendo tanto los falsos positivos (raramente se pierde un caso) como los falsos negativos (no se identifican sujetos como teniendo ciertas características que en realidad no tienen).

b) En algunos casos, las inferencias clínicas derivadas de un protocolo *Rorschach* y de un protocolo *MMPI* serán casi iguales y el examinador podrá tener una confianza considerable en que esas inferencias son fiables. No obstante, no hay razón para esperar que las variables *Rorschach* y *MMPI* se correlacionen entre sí. Incluso si se piensa que las diferencias entre ambos instrumentos son más relativas que categóricas, estas diferencias son considerables, tanto en cuanto a lo obvio o sutil de las preguntas, como en relación a que las respuestas refieran más o menos directamente lo que significan.

En consecuencia, el hallazgo de protocolos *Rorschach* y *MMPI* que presenten puntuaciones en distintas direcciones, no significará que uno de los instrumentos haya fallado mientras el otro es el que indica las verdaderas características de la personalidad del sujeto. Ambos protocolos, *Rorschach* y *MMPI*, serán “fenómenos reales” y su utilidad dependerá de la habilidad de los examinadores para determinar su significado. Desde esta perspectiva, datos *Rorschach* y *MMPI* aparentemente diferentes no resultan en absoluto contradictorios,

sino que, por el contrario, constituyen magníficos hallazgos que es necesario explicar, resultando de ello descripciones más ricas y penetrantes del funcionamiento de la personalidad que con baterías de tests cuyos datos van en una misma dirección.

La mayoría de los clínicos han tratado sujetos con graves problemas psicológicos individuales, que pueden estar bastante controlados en situaciones relativamente estructuradas, pero que pueden llegar a alterarse y desorganizarse en situaciones poco organizadas. Por tanto, enfrentado a distintos tipos de tarea, un mismo sujeto puede producir un *MMPI* “aceptable” y un *Rorschach* “alterado”. En estas circunstancias el inventario *MMPI* no está equivocado al omitir psicopatología y el test *Rorschach* tampoco lo está al recalcarla. Lo que ocurre es que *ambas medidas combinadas* ofrecen un cuadro de la proclividad de ese sujeto a comportarse de una manera adaptativa o desadaptativa, dependiendo del contexto en el que la conducta tenga lugar. De forma similar, una elevación de las escalas clínicas *MMPI* combinadas con un protocolo *Rorschach* poco relevante, pueden ayudar a entender la psicología de sujetos cuyo grado de alteración es limitado pero que, cuando se les pregunta, son más vehementes para asegurarse de que los otros reconozcan y respondan a sus problemas o preocupaciones.

c) De igual forma, las diferencias entre ambos instrumentos mejoran las inferencias en los diagnósticos diferenciales y en la planificación de tratamientos.

d) Además, la presencia de hallazgos contradictorios pone de relieve la importancia de otras fuentes de datos (Archer, 1987, 1992), como la entrevista y la historia psicológica, para alcanzar conclusiones clínicas. Como señala Sines (1959), la entrevista diagnóstica y biográfica conforma substancialmente los datos *Rorschach* y *MMPI* e incrementa la exactitud de los juicios clínicos acerca de las características de personalidad de los pacientes. En el caso de los adolescentes, Archer recomienda entrevistas clínicas estandarizadas, incluyendo

entrevistas con los padres. En este sentido se incorporó, en esta investigación, como tercera prueba la *Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL)* (Achenbach, & Edelbrock, 1983).

e) También, en el caso de adolescentes, otra ventaja adicional es que, según señala Archer (1987), ambos tests, *Rorschach* y *MMPI*, participan de un mismo modelo teórico en la forma de entender la etapa adolescente (Apartado II.1.4).

III.- MÉTODO.

III.1.- Descripción general.

Para la elaboración de esta investigación han servido como referencia los pasos propuestos por Henry en 1990 en el diseño de encuestas (Martínez Arias, 1996a, Octubre), cuyo esquema se presenta a continuación, señalando las características de este estudio y los apartados donde, más adelante, se amplían los puntos que se consideran más relevantes.

- Decisiones previas a la investigación:
 - Establecer los *objetivos* del estudio, de forma clara y concisa, dando lugar a las hipótesis correspondientes (Apartado III.1.1).
 - Definir la naturaleza de la investigación: *diseño comparativo* (Apartado III.1.2).
 - Definir las *variables* de interés para el estudio y su procedimiento de medida (Apartado III.2).
 - Definir la *muestra* a estudiar (Apartado III.3).
 - Establecer el *procedimiento* de recogida de datos (Apartado III.4).
 - Seleccionar y adiestrar a los *ayudantes* que se precisaron para recoger la muestra de no pacientes, a fin de interferir el menor tiempo posible en el desarrollo del programa académico en el contexto educativo (Apartado III.5.3).
 - Organizar la edición y *codificación de los datos*, poniendo gran cuidado en evitar errores de procesamiento en la codificación de la información (Apartado III.5.1).
 - Especificar previamente los *análisis de datos* a realizar en la investigación (Apartado III.5.2).
- Decisiones de muestreo para cumplir con los objetivos del estudio, especialmente las relativas al tamaño de la muestra, partiendo de las limitaciones existentes en la investigación: presupuestarias, de accesibilidad, carencia de un equipo colaborador, etc. (Apartado III.3).

- Decisiones adoptadas una vez obtenida la muestra:

También, siguiendo a Groves (1989), se han tenido en cuenta los *errores* que pueden afectar la *calidad de la investigación*, poniendo particular énfasis en:

- Los *errores de medida* (Groves, 1987): especialmente *la influencia del investigador* y la *fiabilidad interpuntadores* (Apartados III.5.3 y III.5.4, respectivamente).
- Los *errores* que se producen en el *análisis estadístico* y que suelen venir motivados por una incorrecta elección de la técnica, el incumplimiento de los supuestos propios de la técnica elegida, la baja potencia estadística, la existencia de niveles de significación reales distintos de los nominales, etc. Estos errores son prácticamente los mismos que señalan Cook y Campbell (1979) bajo la denominación *de amenazas a la validez de las conclusiones estadísticas* y que se irán comentando a lo largo de la exposición del *Método* y de los *Resultados*.

III.1.1.- Objetivos.

- El **objetivo fundamental** de este trabajo fue el intentar buscar respuestas, desde la perspectiva de la *evaluación psicológica*, a la cuestión planteada sobre la relación existente entre *anorexia (AN)* y *depresión (D)*, cuya naturaleza hoy está poco clara. En el apartado II.2.9 se ha revisado bibliográficamente el tema y se han aportado las conclusiones que, desde diversas perspectivas (neurobiológica, estudios familiares, etc.), ofrecen algunos autores.

En los últimos años existe un creciente interés sobre el fenómeno de la presencia de trastornos concurrentes en un mismo individuo. En 1992, Katz (Chinchilla, 1995) centra en tres aspectos el interés para estudiar este fenómeno: (1) La presencia simultánea de dos o más trastornos con una frecuencia mayor que las predicciones al azar, puede tener

implicaciones patogénicas o etiológicas. Aunque no se pueda definir la naturaleza de esta relación, se pueden proponer modelos de explicación que puedan ser objeto de investigación. (2) Puede tener implicaciones diagnósticas. (3) Pueden existir implicaciones evolutivas y terapéuticas.

Conviene también señalar que, tras esta revisión bibliográfica, se constató la escasez de investigaciones realizadas en el campo de la evaluación psicológica de la personalidad. Los estudios revisados se basan, en su mayoría, en muestras pequeñas, bastante heterogéneas (tanto en edad como en sintomatología) y, sobre todo, son escasísimas las investigaciones que se fundamentan en una batería de instrumentos estandarizados, que permitan obtener resultados suficientemente contrastados. Por ello, la *primera parte* de esta investigación está destinada a aportar datos acerca de si la anorexia nerviosa y la depresión comparten o no un mismo tipo de trastorno afectivo.

Para lograr este objetivo, se elaboró un diseño comparativo entre un grupo de adolescentes diagnosticadas de anorexia nerviosa, un grupo de adolescentes diagnosticadas de depresión y, finalmente, un grupo de control, es decir, no pacientes (NP). A todas ellas se les administró una batería de tests que incluyen diversas medidas de depresión descritas en el Apartado III.2. La hipótesis de la que se partió, postula que *la muestra de AN, la muestra de D y la muestra de NP no comparten el mismo tipo de trastorno afectivo (TAF)*.

Con esta finalidad se inició la recopilación de la muestra en 1991 y su culminación, al cabo de cuatro años, supuso un gran esfuerzo de tiempo y de dedicación, pero, como contrapartida, proporcionó un material tan abundante que, aún después de la presentación de esta Tesis, habrá que seguir elaborando en función de las nuevas hipótesis que se han ido generando a lo largo de su análisis. Los resultados se ofrecerán en el Apartado IV.1.

- Un **segundo objetivo**, consecuencia y complemento del anterior, fue el detectar otras

posibles diferencias entre las tres muestras evaluadas.

Para ello se utilizó únicamente el test *Rorschach* pues, mientras con *MMPI* y *CBCL* se pueden seleccionar aquellas variables que detectan depresión, con cierta independencia de las restantes escalas de estas pruebas, en el caso de *Rorschach* es necesario valorarlo íntegramente para obtener el índice de depresión o cualquier otro tipo de información. Se disponía, por tanto, de un material muy rico que, de ser analizado, evitaría reducir la investigación a una respuesta dicotómica de ausencia/presencia de depresión, aportando información que matizaría la repercusión de este trastorno afectivo en otras áreas de la personalidad. Además, por mi trabajo habitual como psicólogo en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Madrid, donde se ha producido un incremento de la demanda por TCA, específicamente por AN, se entendió que sería útil ofrecer una descripción más detallada del funcionamiento psicológico de estos pacientes. Al ser el test *Rorschach* una de las pruebas más usadas en el ámbito clínico, se consideró oportuno profundizar en sus aportes, proporcionando datos descriptivos que no aparecían en la revisión bibliográfica realizada. Interesa recalcar que, debido al tipo de muestreo realizado, habitual en investigaciones psicológicas pero no probabilístico, los resultados no van a ser extrapolables a la población general, pero aún así se cree que puede resultar una aportación de utilidad, ya que se trata de un material prácticamente inexistente.

Se partió de la hipótesis de que se encontrarían *diferencias* entre las tres muestras evaluadas en: (a) *Otras variables afectivas* (además de la depresión); (b) *Capacidad de control*; (c) *Autopercepción*; (d) *Relaciones interpersonales*; (e) *Funcionamiento cognitivo*. Todas estas áreas se podrán analizar a través de los “agrupamientos” que propone Exner (1986, 1993/1994) para el análisis de un protocolo *Rorschach*. Los resultados se ofrecen en el Apartado IV.2.

III.1.2.- Método Comparativo.

El diseño utilizado se puede adscribir a lo que Kish (1987) denomina *investigaciones controladas*, entendiendo por tales aquel tipo de trabajos que se realizan con gran precisión, controlando al máximo posible las variables perturbadoras, pero en las que no hay posibilidad de hacer una asignación aleatoria, por lo que las inferencias poblacionales no serían rigurosas. Dentro de las investigaciones controladas, este autor distingue: (a) los *diseños cuasi-experimentales*, en los que se manipula la variable independiente pero no hay asignación aleatoria y (b) los *métodos comparativos*, a los que pertenece este diseño. Estos últimos métodos reciben distintos nombres: *métodos comparativos*, ya que se hacen comparaciones entre grupos; *métodos correlacionales*, pues se hacen correlaciones entre ellos; también *métodos selectivos*, pues se seleccionan sujetos de estratos distintos. Siempre se realizan observaciones y mediciones, pero no se trata de muestras probabilísticas.

Este diseño comparativo se realiza tanto en *términos descriptivos*, con lo que se enfatiza la precisión de los estimadores, como en *términos analíticos* y, por ello, se hacen consideraciones relativas a la potencia estadística.

III.2.- Material.

Puesto que se pretendía hacer una evaluación de la personalidad de estas adolescentes y no una investigación centrada únicamente en la sintomatología anoréxica, no se recurrió a los cuestionarios que se aplican habitualmente en los TCA tales como: *Diagnostic Survey for Eating Disorders (DSED: Johnson, 1985)*; *Eating Attitude Test (EAT: Garner, & Garfinkel, 1979)*; *Eating Disorder Inventory (EDI: Garner, Olmsted, & Polivy, 1983)*; *Eating Disorder Examination (EDE: Cooper, & Fairburn, 1987)*; *Stanford Eating Disorders Questionnaire (Agras, 1987)*; *Body Shape Questionnaire (BSQ: Cooper, & Taylor, 1987)*.

La batería de instrumentos destinada a realizar esta evaluación de personalidad, se seleccionó en función de los siguientes **critérios**.

- **Criterios generales:**

➤ *Rorschach* y *MMPI* son las dos pruebas que más se utilizan en el ámbito clínico en EEUU (Archer, Maruish, Imhof, & Piotrowski, 1991; Lubin, Larsen, Matarazzo, & Seever, 1985). Se carece de datos acerca de su empleo entre los profesionales españoles, aunque el Colegio Oficial de Psicólogos, actualmente, está realizando una encuesta en este sentido (COP, 1999).

Archer (1987) señala que sólo hay otro test objetivo autoaplicado que se utilice con igual frecuencia que el *MMPI* en la evaluación clínica de adolescentes, el *Inventario de Personalidad de Adolescentes de Millon* (Millon, Green, & Meagher, 1977), pero que adolece de una adecuada evaluación empírica.

Con respecto al *CBCL* Pedreira y Sánchez (1992) señalan que es la escala más utilizada en estudios epidemiológicos. Ezpeleta, Domènech y Polaino (1988) subrayan su gran utilidad en la investigación, al tener escalas ampliamente desarrolladas y estandarizadas.

➤ Al ser pruebas muy utilizadas, cuentan con un gran bagaje de investigaciones previas, que avalan su utilidad para este tipo de estudios. No obstante, no se tiene constancia de que se hayan usado conjuntamente para la evaluación de TCA.

➤ Sus posibilidades de cuantificación, que van a posibilitar un tratamiento informático/estadístico de los datos obtenidos.

- **Criterios específicos**

➤ El test *Rorschach*, puede proporcionar información acerca de la personalidad del sujeto, sin que éste sea consciente de qué tipo de información está aportando, por lo que resulta muy difícil que pueda alterarla deliberadamente;

➤ *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* es un autoinforme en el que el sujeto nos da cuenta de la presencia o ausencia de síntomas y conductas incluidas en categorías diagnósticas psicopatológicas;

➤ *Child Behavior Checklist (CBCL)*, aplicado a los padres, se utiliza como criterio externo para evaluar los problemas de conducta y síntomas que los padres atribuyen a sus hijas adolescentes.

Las diferencias entre estos tres instrumentos, esperables al ser medidas obtenidas desde ópticas diferentes y mediante distintos tipos de tareas, se creyó que podrían resultar complementarias y aportar gran riqueza al estudio, si se realizaba el esfuerzo de integrar todas sus aportaciones.

A continuación, se describen el test *Rorschach* y el cuestionario *MMPI* de manera muy esquemática, debido a que ambos instrumentos son sobradamente conocidos. La referencia a la escala *CBCL* es algo más amplia pues, aunque en los últimos años está más difundida en nuestro país, era prácticamente desconocida cuando se decidió su utilización en este trabajo.

Dentro de cada uno de estos instrumentos, para poner a prueba la *hipótesis fundamental* de la que se parte, esto es, la diferencia entre el grupo de AN y D en cuanto a trastorno afectivo se refiere, se seleccionaron una serie de **variables**:

- a) Las variables más directamente relacionadas con *depresión*.
- b) Escalas y variables que miden *ansiedad*, tanto por los componentes ansiógenos que con frecuencia acompañan a los cuadros depresivos, cualquiera que sea la edad del sujeto (Polaino y García Villamizar, 1988), como porque es una sintomatología que también suele estar presente en los TCA, en opinión de algunos autores (Cervera y Quintanilla, 1995).
- c) Escalas de *esquizoidia*, como indicadores de la posible existencia de psicopatología más severa.

La explicación de estas variables se presenta más adelante con mayor detalle, a fin de proporcionar una base teórica suficiente de los instrumentos utilizados y que el lector pueda conocer el grado en que las variables representan a los constructos teóricos empleados, evitándose con ello una de las “amenazas” señaladas por Cook y Campbell (1979) que, en este caso, afectaría la validez de constructo.

III.2.1.-Test *Rorschach*.

El material y la consigna parecen, a primera vista, muy simples. Se trata de diez láminas con manchas de tinta, simétricas en torno al eje vertical y con distintas propiedades estimulares. Se solicita al sujeto la elaboración de respuestas a estas láminas con la consigna de “¿qué podría ser esto?”. Tal simplicidad es sólo aparente ya que las modalidades estimulares que se presentan, los procesamientos que se solicitan y las labores de valoración e interpretación de las respuestas distan mucho de serlo y convierten a este test en uno de los que aportan mayor cantidad, diversidad y riqueza de datos para la exploración de los distintos aspectos de la personalidad.

Una vez recogido el protocolo, lo más literalmente posible, mediante dos fases de aplicación: (a) *Asociación*, para registrar las respuestas y (b) *Encuesta*, para clarificar sus modalidades, se codifican las respuestas, una a una, en **6 áreas básicas**:

1. *Localización*: hace referencia a la zona de la mancha utilizada para articular la respuesta, bien sea empleando toda el área o seleccionando sólo una parte de ella. Su valor interpretativo se ve notablemente incrementado al añadir un segundo código que recoge la calidad de la selección del área (*calidad evolutiva*), ya que algunos sujetos muestran una gran riqueza integrativa al dar sus respuestas, mientras que otros tratan la mancha de un modo mucho más simple o más concreto.

2. *Determinantes*: es el área más importante y, probablemente, más compleja y alude a la codificación de los elementos de la mancha que han contribuido a la formación del percepto. Las múltiples características estímulares de las manchas se agrupan, en general, bajo tres categorías descriptivas: (1) las que incluyen forma; (2) las que incluyen color; (3) las que incluyen elementos de clarooscuro o sombreado; habría que mencionar una cuarta posibilidad, el movimiento que, aunque no existe como tal en el campo estimular, constituye una respuesta frecuente, quizá por evocación de quinestesis del propio estímulo.

La codificación de los determinantes resultaría una tarea relativamente sencilla si todas las respuestas pudieran clasificarse de manera precisa en una de estas categorías, lo cual, habitualmente, no suele suceder, sino que con frecuencia están implicadas dos o más de ellas.

El determinante va acompañado de un segundo código que hace referencia a la calidad del “ajuste” perceptivo (*calidad formal*); la asignación de este símbolo depende básicamente de la frecuencia estadística con que cualquier respuesta dada aparece en áreas específicas de localización.

3. *Contenido*: se trata de elegir un símbolo/s que refleje el objeto o tipos de objeto que la respuesta contiene.

4. *Frecuencia*: hay que determinar también si la respuesta pertenece a las consideradas como muy habituales o *Populares*, es decir, a aquellas que aparecen al menos en un 33% de los protocolos y que representan la capacidad de percepción convencional del sujeto.

5. *Actividad organizativa*: esta puntuación refleja el esfuerzo que la persona realiza al dotar de sentido, organizar y crear relaciones significativas en un campo estimular ambiguo y desestructurado. Cada vez que aparece una respuesta que cumple los requisitos de una puntuación de este tipo, indica que se está llevando a cabo un trabajo complejo, superior al

mínimo requerido para la tarea, que puede aportar una información muy valiosa para la evaluación de algunos aspectos de la actividad cognitiva del sujeto.

6. *Códigos especiales*: finalmente, hay que determinar si la respuesta posee “características extrañas” que cumplan con alguna de las condiciones requeridas por estos códigos: verbalizaciones desviadas, neologismos, redundancias, etc. Estas formas de expresión representan deslices cognitivos cualitativamente diversos.

A su vez, cada una de estas áreas de codificación es susceptible de ser subdividida en una variada gama de posibilidades, según los procesos que el sujeto haya utilizado para la formulación de cada respuesta.

Finalmente, el objetivo de la codificación precisa de las respuestas es poder completar el *Sumario Estructural*, que está compuesto por el total de las frecuencias de los códigos, junto con una serie de proporciones, porcentajes y derivaciones numéricas. Su conjunto constituye la base de datos a partir de la cual se interpreta el test *Rorschach* y desde la que se generan variados e importantes postulados sobre el funcionamiento psicológico del sujeto evaluado.

A pesar de que existen nuevas modalidades de aplicación de este test como, por ejemplo, la aplicación familiar o grupal, donde la prueba se utiliza como estímulo interactivo para observar procesos comunicacionales (Sendín, & García Alba, 1994), la aplicación que se llevó a cabo en esta investigación fue la tradicional, esto es, individual. La codificación de los protocolos *Rorschach* se realizó siguiendo las directrices del *Sistema Comprensivo* de Exner (1993/1994, 1996). Posteriormente, el tratamiento de la información se centró en la aportación *estructural* del test por ser la única, por el momento, susceptible de un tratamiento informático/estadístico de los datos. El análisis de la parte más *temática/cualitativa*, es decir, la secuencia y los contenidos, se abordará en ulteriores publicaciones.

III.2.1.1.- Variables Rorschach seleccionadas.

Teniendo en cuenta que esta prueba incluye en su *Sumario Estructural* más de 120 variables, con numerosísimas interacciones y que el objetivo prioritario de este trabajo es analizar la relación existente entre AN y D, en este apartado se mencionarán únicamente las variables más directamente relacionadas con el trastorno afectivo. No obstante, al abordar el segundo objetivo, se ofrecerán los estadísticos descriptivos y el análisis de todas las variables cuantitativas.

Dentro del *Sistema Comprensivo*, el test *Rorschach*, cuenta con un Índice de Depresión (*DEPI*) y un Índice de Ineficacia Social (*CDI*), que a continuación se describen, para identificar a los pacientes deprimidos,. Se incluye también información sobre las variables relacionadas con los criterios de *validez* de este test, así como con los *estilos básicos* de la personalidad del sujeto, ya que estos últimos, por su relativa estabilidad y gran influencia en el resto de variables, resultan imprescindibles al abordar un protocolo *Rorschach*.

III.2.1.1.1.- Índice de Depresión (*DEPI*).

Según Exner (1993/1994), desarrollar un Índice de Depresión (*DEPI*) eficaz ha resultado una tarea muy compleja, tanto porque el trastorno del estado de ánimo es un síntoma común en muchos síndromes psiquiátricos, como por las cambiantes y a menudo contradictorias definiciones de depresión y trastornos afectivos que han ido surgiendo en la pasada década.

El primer Índice de Depresión (*DEPI*), compuesto sólo por cinco variables (Exner, 1986), era eficaz en la detección de casos, pero su tasa de falsos negativos resultaba inaceptable, por lo que su autor siguió investigando sobre el tema. Ateniéndose a la revisión de las concepciones y a los resultados de la investigación existente, Exner llegó a la conclusión de que existen al menos tres tipos de sujetos que suelen ser diagnosticados de

depresión o trastorno afectivo: (1) Los que están emocionalmente alterados; (2) Los que son cognitivamente pesimistas y se muestran apáticos y desesperanzados; (3) Los que se sienten desvalidos e inermes para afrontar la complejidad social que les rodea. Es evidente que no son categorías de delimitación precisa, pero ciertas concepciones y hallazgos experimentales, permiten mantener la hipótesis de que las tres reflejan rasgos primarios de la organización psicológica del sujeto.

En 1986, este postulado sirvió a Exner de base para realizar una serie de estudios sobre *DEPI*. Repartió los más de 1400 casos del fondo de protocolos diagnosticados de depresión en tres grupos amplios, recurriendo para ello a datos ajenos al test *Rorschach*. Los grupos fueron definidos arbitrariamente como (1) emocionalmente deprimidos, (2) cognitivamente deprimidos y (3) desvalidos. Consiguió, finalmente, más de 200 sujetos para cada uno de los tres grupos, quedando más de 650 individuos sin asignar por falta de datos. Los análisis factoriales arrojaron resultados interesantes pero poco claros sugiriendo, como mucho, que los tres grupos eran probablemente diferentes en algo, pero sin especificar más. Se realizaron análisis múltiples de varianza, análisis de correlación intergrupos y análisis de función discriminante con mejores resultados.

Los datos del tercer grupo parecían desmarcarse nítidamente, mientras que los datos de los dos primeros grupos (emocional y cognitivo) se solapaban en gran manera, por lo que ambos fueron reunidos en un solo grupo (N = 471), que se convirtió en la muestra experimental a partir de la cual rastrear un nuevo *DEPI*, realizándose para ello una serie de análisis discriminantes y tablas de contingencia. Los resultados mostraron que había que considerar *catorce variables* para identificar la presencia de depresión. Las catorce variables forman la base de los siete elementos que integran el *DEPI* actual, cuyo punto de corte ≥ 5 , identifica correctamente al 75% de los casos de depresión (Exner, 1990, Marzo). Estos son:

- (*Suma V > 0*) o (*FD > 2*) (*V* = respuestas en las que el sombreado se interpreta como profundidad o dimensión; *FD* = respuestas de dimensión basadas en la forma).
- (*Complj. Col.SH > 0*) o (*S > 2*) (*Complj.Col.SH* = respuestas complejas, con más de un determinante, en las que uno de ellos es el color y el otro el sombreado, en cualquiera de sus modalidades ; *S* = respuestas en las que se emplea un área de espacio blanco).
- (*Índice de Egocentrismo > 0.44 y ausencia de reflejos*) o (*Índice de Egocentrismo < 0.33*)
(Este Índice se relaciona con la autoestima y varía según la edad; las respuestas de *reflejos* son aquellas en las que se describe un reflejo o una imagen en espejo, debido a la simetría de la mancha).
- (*Afr < 0.46*) o (*Complejas < 4*) (*Afr* = proporción afectiva, que compara el total de respuestas a las tres últimas láminas con el total de respuestas a las siete primeras; *Complejas* = respuestas con determinantes múltiples).
- (*Suma SH > FM+m*) o (*Suma C' > 2*) (*SH* = respuestas en las que se utiliza el sombreado de la mancha, ya sea como sombreado difuso, textura o dimensión; *FM* = respuestas de movimiento animal; *m* = respuestas de movimiento inanimado; *C'* = se utiliza el gris, negro o blanco de la mancha como color).
- (*MOR > 2*) o (*Índice de Intelectualización > 3*) (*MOR* = contenidos mórbidos, es decir, deteriorados o con características disfóricas; *Índice de Intelectualización*, en relación con la tendencia a neutralizar el efecto que producen las emociones utilizando los procesamientos cognitivos - Exner y Sendín, 1995 -).
- (*COP < 2*) o (*Índice de Aislamiento > 0.24*) (*COP* = se asigna este código a las respuestas de cualquier tipo de movimiento que contiene dos o más objetos interactuando de modo claramente cooperador; *Índice de Aislamiento*, que indica el grado de retraimiento social).

En caso de que *DEPI* resulte positivo no sólo indica la presencia de depresión, sino que

también permite diferenciar si se trata de una depresión reactiva o de una depresión más cronificada. Discrimina, además, si en la depresión predominan las variables afectivas, las cognitivas, las relacionales o se da una mezcla entre ellas, lo que resulta de gran importancia para planificar el tratamiento (Exner, 1997, July).

III.2.1.1.2.- Índice de Inhabilidad Social (*CDI*).

El tercer grupo de los sujetos diagnosticados de depresión que no alcanzaban *DEPI* positivo (los desvalidos) junto con los falsos negativos del grupo experimental original, formaron parte de un nuevo estudio cuya finalidad era poder formular un segundo índice de depresión, mediante la utilización de una serie de análisis intercorrelacionales y de función discriminante. El resultado fue un conjunto de *once variables*, reunidas en cinco ítems, cuyo punto de corte ≥ 4 identificaba correctamente el 79% de los sujetos diagnosticados de depresión o trastorno afectivo que no daban positivo en *DEPI*.

Estudiando estas once variables se observó que la mayoría de ellas se relacionaban con la actividad social e interpersonal. Aplicado posteriormente a una serie de grupos, se comprobó que se hallaba mayoritariamente presente en tres tipos de grupos: inadaptados, adictos y caracteriales procesados. Todo ello llevó a la decisión de denominarlo Índice de Inhabilidad Social (*CDI*), considerándolo indicativo de dificultades para establecer y mantener vínculos sociales adecuados; si bien no es propiamente un índice de depresión, *CDI* es capaz de identificar a sujetos cuyo desvalimiento o ineptitud social puede hacerles parecer deprimidos y en los que los elementos depresivos suelen ser un resultado de su problema más general de inhabilidad social que, de no solucionarse, puede desembocar en una verdadera depresión. Estas once variables, agrupadas en 5 ítems son las siguientes:

□ ($EA < 6$) o ($Adj D < 0$). (EA = experiencia accesible, derivación conceptualizada por Beck

en 1960, que se refiere a los recursos de los que dispone el sujeto; $Adj D$ = fórmula referida a la capacidad de control que habitualmente tiene un sujeto).

□ ($COP < 2$) y ($AG < 2$) (Además de los movimientos cooperativos, COP , se incluyen en este ítem los movimientos de acción claramente agresiva, AG).

□ ($SumPondC < 2.5$) o ($Afr < 0.46$) ($SumPondC$ = Suma ponderada de las respuestas de color).

□ ($p > activo + 1$) o ($H < 2$) (suma de los movimientos pasivos, p , y activos; H = suma de contenidos humanos percibidos como completos).

□ ($Sum T > 1$) o ($Índice de Aislamiento > 0.24$) o ($Fd > 0$) ($Sum T$ = total de respuestas donde el sombreado de la mancha se traduce como fenómeno táctil en la respuesta; Fd = respuesta cuyo contenido alude a algo comestible).

Este índice puntúa positivo si 4 o 5 ítems están presentes. Como se ve, algunos ítems forman parte de ambos índices, $DEPI$ y CDI .

III.2.1.1.3.- Estudio conjunto de $DEPI$ y CDI .

También se decidió, en esta investigación, tener en cuenta el análisis conjunto de ambos índices, con todas sus posibilidades, a fin de obtener mayor información y poder determinar, en nuestras muestras, la relación existente entre depresión e ineficacia social.

En los sujetos que encontramos $DEPI + CDI$ positivos, se sabe que la depresión es secundaria a su inhabilidad social y que presentan características psicológicas diferentes a los individuos que únicamente tienen uno de los dos índices positivos (Exner, 1997, Octubre). En estos casos, habrá que tener en cuenta la influencia de la inhabilidad social en la sintomatología depresiva que presentan, para planificar adecuadamente la intervención psicoterapéutica.

III.2.1.1.4.- Variables relacionadas con criterios de validez y estilos de personalidad: Número de Respuestas (*R*); Lambda (*L*); Erlebnistypus (*EB*).

- Se analiza el número de Respuestas (*R*), no por su importancia dentro de *DEPI* y *CDI*, sino porque se trata de una antigua polémica, en torno a la utilización del test *Rorschach* en la investigación, que afecta a su validez y que se ha incrementado últimamente, debido al mayor rigor de los trabajos realizados con esta prueba, manteniéndose diversos posicionamientos. La discusión ha girado en torno a si las diferencias en *R* entre protocolos requiere o no la normalización o tipificación de los resultados de otras variables en relación a *R*. La mayoría de los partidarios de una normalización o parcialización de *R* citan el trabajo de Cronbach (1949) como base para sus argumentaciones. Algunos autores concluyen que los datos *Rorschach* no pueden ser sometidos a análisis estadísticos a causa de la desigualdad de *R* (Holtzman, Thorpe, Swartz, & Herron, 1961; Murstein, 1965). Otros investigadores opinan que, si los datos de *Rorschach* se someten a procedimientos estadísticos, deben controlarse las diferencias en *R* con la mayor amplitud posible (Perry, & Kinder, 1990).

Exner (1997) cree que Cronbach no llegó a ninguna de estas conclusiones, sino que se limitó a señalar que, en algunos estudios publicados, con diferencias de *R* muy significativas entre los grupos, las conclusiones basadas en la comparación de algunas variables como *D* (respuestas localizadas en un área usual de la mancha), *Dd* (respuestas dadas a un área de la mancha inusual), etc., podrían ser inadecuadas. Exner afirma que Cronbach tenía razón al llamar la atención sobre el problema que puede representar una diferencia muy llamativa de *R* entre los grupos que se quieran comparar. Advierte que la mayoría de protocolos cortos ($R < 14$) no alcanzan el nivel de fiabilidad requerido para asegurar su validez interpretativa, ya que no presentan consistencia temporal, es decir, no mantienen la constancia en la

mayoría de sus variables (Exner y Sendín, 1995), y sugiere que se debe evitar la interpretación de los datos estructurales de todo protocolo corto. En un estudio realizado sobre este tema Exner (1992) aconseja que cuando un investigador dude acerca de los posibles efectos de *R*, debe analizar los datos dos veces, una controlando *R* y otra sin controlarlo, en relación a las variables críticas (McGuire, Kinder, Curtis, & Viglione, 1995).

- Otra variable muy interesante, relacionada también con la validez de todo el protocolo, es **Lambda (L)**. Se sabe que es un indicador bruto de la tendencia que tiene el sujeto a implicarse en situaciones estimulares nuevas (Exner, 1978, 1986). Un *L* bajo indica que el sujeto tiende a implicarse mucho en las situaciones, debido a su manera de procesar la información (*hiperincorporador*) o, lo que es más frecuente, porque experimenta una cantidad inusualmente elevada de demandas psicológicas. Un *L* alto ($L > 0.99$) indicará una forma de respuesta que trata de restringir la estimulación a un nivel que resulte más fácilmente manejable, lo que suele requerir una simplificación o estrechamiento del campo estimular, minimizando o ignorando determinados elementos. Por ello, las personas con *L* alto tendrán conductas, en general, que no cumplen con los requerimientos de cada situación o incluso contrarias a las expectativas de su entorno.

La presencia de un *L* alto ($L > 0.99$) en un protocolo es tan importante, que ocupa el séptimo lugar dentro de las variables clave que Exner aporta (Exner, 1991; 1997, Octubre) para marcar la secuencia que se debe seguir al estudiar e interpretar las agrupaciones de variables de cualquier protocolo. Un *L* alto puede reflejar: (a) Un estilo evitativo de respuesta, muy definido, que pertenece a la estructura de la personalidad del sujeto. Cuando este estilo está presente, es dominante en su personalidad y oscurece los otros estilos del sujeto. Suele encontrarse más frecuentemente en pacientes, que utilizan este estilo para evitar o negar las situaciones difíciles y complicadas. (b) Una reacción defensiva más

situacional. La distinción entre ambas posibilidades vendrá dada por la utilización conjunta de L y R , de tal forma que ante $L > 0.99$ y $R > 18$ hablaremos de un *estilo* evitativo, mientras que en protocolos con $L > 0.99$ y R corto ($R = 14, 15, 16$ respuestas) se tratará de una *reacción* defensiva. En ambos casos, la presencia de $L > 0.99$ influirá en el resto de variables del protocolo, oscureciéndolas (Exner, 1997, Octubre).

Debido a la importancia de estas variables, la utilización conjunta de R y L constituye un criterio de validez dentro del *Sistema Comprehensivo*. Exner, basándose en un trabajo muy concluyente de Fisk y Baughman (1953) sobre la necesidad de controlar R para analizar los datos de un protocolo, adopta el límite de 14 respuestas unido a un L alto, considerando inválidos aquellos protocolos con $R < 14$ y $Lambda > 0.99$. Este criterio de validez se ha seguido estrictamente en esta investigación, descartando los protocolos que presentaban ambas variables.

- Además de *Lambda*, otro estilo básico de la personalidad, imprescindible al abordar un protocolo *Rorschach*, es el **Tipo Vivencial o Erlebnistypus (EB)**. Rorschach (1921/1969) consideró *EB* como un elemento clave al afirmar que refleja el estilo de respuesta preferente que utiliza el sujeto, entendiendo este estilo como un rasgo psicológico relativamente estable en el individuo, que hace previsible, en cierta medida, algunos aspectos de su conducta. *EB* es una relación entre dos variables fundamentales, el movimiento humano (M) y la suma ponderada de las respuestas de color cromático (*SumPondC*). Existen varias posibilidades:

- Cuando predomina M , la persona tiene un *estilo introversivo*, lo que supone que prefiere demorar la toma de decisiones y el inicio de sus conductas hasta no haber considerado todas las alternativas posibles, manteniendo al margen sus emociones. Tiende a basarse en su evaluación interna al formular sus juicios y suelen preferir sistemas de lógica

precisa y sin complicaciones.

➤ En el polo opuesto, cuando predomina el color, esto es, en el *estilo extratensivo*, el sujeto suele mezclar el pensamiento con los sentimientos cuando soluciona problemas por lo que genera procesos más complicados de ideación. Su lógica es más imprecisa y ambigua y sus juicios están influidos por los procesos de ensayo y error, con los que interactúa con su entorno.

➤ Cuando los valores son iguales o muy parecidos a ambos lados de la proporción se trata de sujetos *ambiguales* que, al no tener un estilo definido de respuesta, son más vulnerables ante las dificultades, más vacilantes y menos eficaces. Al necesitar más tiempo para concluir sus tareas, suelen emplear más energía en el proceso de resolución de problemas.

La direccionalidad de *EB* suele ser extraordinariamente estable en los adultos. Sin embargo, en los niños está lejos de permanecer estable durante periodos prolongados. El conjunto de datos disponibles, normativos, de fiabilidad y longitudinales, señala que la estabilización del *EB*, en caso de producirse, tendrá lugar antes de la edad adulta, en la mayoría de los casos durante la primera mitad de la adolescencia.

Debido a la repercusión que tiene el estilo vivencial definido sobre las otras variables de un protocolo *Rorschach* (Ritzler, & Exner, 1995) y a que las muestras estudiadas, en esta investigación, están en un periodo evolutivo en el que su personalidad se va definiendo, se pensó que el análisis de las frecuencias de ambos estilos, *L* y *EB*, podría aportar mayor información sobre estas adolescentes y sus cuadros psicopatológicos, AN y D.

III.2.2.- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Este inventario de personalidad ha sido, desde su publicación en 1943 (Hathaway y McKinley, 1967/1988), uno de los instrumentos más utilizados en psicología clínica aunque

se han descrito otras aplicaciones. Su creador, S. R. Hathaway, cursó su doctorado en la división de neuropsiquiatría del Dr. J. C. McKinley (Minnesota), estableciéndose entre ambos una fructífera colaboración. Hathaway, después de revisar y rechazar el material disponible en el área del diagnóstico de la personalidad por considerarlo subjetivo o por aportar información insuficiente, decidió crear una nueva prueba psicológica. La finalidad era ir más allá, en la obtención de la información, de lo que se pudiera lograr en una entrevista con el paciente, al igual que ya se podía conseguir con las pruebas fisiológicas. Hathaway creyó poder construir una prueba única que pudiera reunir todas las variables diagnósticas de interés clínico. Dado que la nosología dominante de la época era la kraepeliana, este autor la tomó como modelo. Kraepelin (1856-1926: Pal, 1985), partía del concepto de enfermedad de Virchow e intentaba identificar síndromes clínicos definidos a partir de las formas de comienzo, signos, curso y terminación del trastorno psicopatológico.

El inventario que la investigación de Hathaway y McKinley generó consta, en la actualidad, de 566 frases, aplicables a partir de los 16 años, de administración individual o colectiva, ante las que el sujeto tiene tres alternativas de respuesta: “Verdadero”, “Falso” o “No se” con respecto a su autodescripción. Proporciona puntuaciones en 14 escalas, 4 de validez, referidas a las dificultades que cada sujeto concreto puede tener al responder a la prueba y 10 sobre aspectos clínicos, relacionados con la adaptación personal y social del sujeto; asimismo, se pueden obtener puntuaciones en múltiples escalas adicionales. Su interpretación ha sufrido una evolución importante, desde la consideración de las escalas individualmente, como representativas de síndromes clínicos, hasta tomar en cuenta el perfil global codificado, como se verá más adelante (Fernández-Ballesteros, 1987).

La primera aplicación de *MMPI* con adolescentes la realizó Dora Capwell en 1945. Desde entonces, al utilizarlo con población más joven, surgieron múltiples problemas que

han permanecido sin solución durante mucho tiempo, a pesar de que el inventario se ha seguido aplicando ampliamente, tanto para fines clínicos como de investigación. Esta afirmación puede resultar sorprendente, pues es sobradamente conocida la amplísima bibliografía que existe sobre el uso del test con adultos y se podría pensar que existen niveles similares de desarrollo en la investigación con poblaciones adolescentes, cosa que no coincide con la realidad. Quizá la escasez de trabajos publicados hasta hace unos años, pueda entenderse como un aspecto más de la exigua investigación que se constata en torno al desarrollo y psicopatología adolescentes.

Sin embargo, recientemente se han producido descubrimientos de suficiente importancia, capaces de motivar y modificar el uso de *MMPI* con adolescentes, hallazgos que han cristalizado en el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory- Adolescent (MMPI-A)* (Archer, 1992), primera versión de *MMPI* diseñada específicamente para este tramo de edad. Derivado del inventario *MMPI* original, el *MMPI-A* mantiene muchas de sus características, tales como los indicadores de validez y las escalas clínicas, pero añade rasgos nuevos, sobre todo en relación con el desarrollo y la psicopatología, que resultan particularmente adecuados para los adolescentes actuales.

Debido a que el inventario *MMPI-A* no existía cuando se inició la recogida de la muestra de esta investigación (1991), al tener conocimiento de su publicación, se contactó con R. Archer (comunicación epistolar, Marzo, 1993) para comentar el trabajo que se estaba realizando y conocer su opinión sobre la posibilidad de rechazar los protocolos *MMPI* recogidos hasta aquel momento y realizar una traducción y posterior aplicación del *MMPI-A* a esta muestra. Archer consideró innecesario invalidar el trabajo realizado, aconsejando que, si fuera preciso por algún motivo que surgiera en el transcurso de la investigación, se podrían transformar las puntuaciones de *MMPI* a puntuaciones de *MMPI-A*, según se recoge

en su obra (Archer, 1992, pp. 429-442).

Finalmente, sólo hay que añadir que se optó por aplicar la escala completa, siguiendo también las directrices de Archer (1987), quien señala que el uso de formas abreviadas, sobre todo con población adolescente, aunque supone un ahorro de tiempo importante, introduce confusión en el análisis de los perfiles y, por el momento, no ofrece garantías. La aplicación del test en todos los casos fue individual, en orden a garantizar una adecuada comprensión de los ítems y a recoger la información cualitativa que pudiera surgir.

III.2.2.1.- Variables *MMPI* seleccionadas.

En *MMPI* se han elegido las *escalas 2* (Depresión) y *7* (Psicastenia), los índices de validez *F* y *K* (Friedman, Webb, Smeltzer, & Lewak, 1989), así como la combinación de ambos en el índice de fiabilidad que aporta Gough $F - K > 11$ (1950). También se incluyen los **perfiles** basado en códigos de dos dígitos, que guardan mayor relación con la hipótesis que se somete a contraste. A continuación, se justifica esta elección así como el tipo de **baremos seleccionados** para población adolescente.

III.2.2.1.1.- Escalas : 2 (Depresión), 7 (Psicastenia); Escalas de Validez F, K.

- La **escala 2 (Depresión)** consta de 60 ítems que fueron creados para medir, de forma objetiva, síntomas de depresión. Las características esenciales de esta dimensión incluyen pobreza moral, desesperanza ante el futuro e insatisfacción general con la propia situación vital y posición (Hathaway, & McKinley, 1942). La mayoría de áreas de contenidos involucrados en esta escala hacen referencia a apatía general, una excesiva sensibilidad y retraimiento social y síntomas físicos tales como problemas de sueño y quejas gastrointestinales. Graham (1977/1987) señala que, aunque valores muy elevados en esta

escala sugieren la presencia de depresión clínica, puntuaciones más moderadas han sido consideradas, generalmente, como reflejo de una actitud global o de un estilo de vida caracterizado por apatía y pobreza de espíritu. Greene (1980) ha señalado también la capacidad de la *escala 2*, cuando está elevada, para medir el nivel de malestar subjetivo. Sin embargo, algunos autores señalan la necesidad de utilizarla en combinación con otras escalas ya que, por sí sola tiene escasa cohesión de constructo, lo que afecta a su validez y fiabilidad.

Los sujetos depresivos suelen obtener, además de la elevación en la *escala 2*, puntuaciones elevadas en la *escala 7* (Psicastenia) y bajas en la *escala 9* (Hipomanía) (Roig-Fusté, 1989).

La elevación de esta escala, entre los adolescentes, es muy infrecuente en la muestra de Hathaway y Monachesi (1963).

- La *escala 7* (Psicastenia), consta de 48 ítems destinados a medir el patrón sintomático general denominado psicastenia, nomenclatura que en la actualidad está en desuso. Entre las categorías diagnósticas actuales, probablemente la neurosis obsesivo-compulsiva es la que está más cerca de la denominación original (Graham, 1977/1987). R. Archer (1987) señala el alto grado de consistencia encontrado en esta escala. Otros autores (Levitt, 1989) indican que, aunque en este inventario no hay una medida específica de ansiedad, habitualmente se le atribuye a la *escala 7* este papel. En general, las personas con puntuación alta (puntuación típica ≥ 70) son descritas como ansiosas, tensas, indecisas, muy autocríticas y perfeccionistas. En las elevaciones extremas, a menudo se dan patrones de intensa rumiación y obsesiones, constituyendo una sintomatología muy invalidante. Una puntuación elevada se une, con frecuencia, a rasgos depresivos (Roig-Fusté, 1989).

Hay diferencias en las respuestas a esta escala entre los adolescentes y los adultos no

pacientes: los adolescentes puntúan entre 2 y 5 ítems más que los adultos. Por el contrario, los datos de adolescentes no pacientes proporcionados por Hathaway y Monachesi (1963) señalan que puntuaciones altas en la *escala 7* son más frecuentes en los perfiles de adultos.

- Las restantes *escalas* analizadas, *F* y *K*, son medidas de validez construidas para superar los problemas más frecuentes que deben afrontar los cuestionarios, en cuanto a la colaboración y forma de responder de los sujetos. No obstante, su valor de validación ha sido superado, derivándose también importantes datos sobre la personalidad del sujeto evaluado (Seisdedos y Roig-Fusté, 1986):

La *escala F* está formada por 64 preguntas diseñadas, originariamente, para detectar a quienes respondían de forma atípica o desviada a los elementos de la prueba (Meehl, & Hathaway, 1946). Incluye ítems muy obvios que suponen experiencias bizarras o sensaciones totalmente fuera de lo habitual. Por ello, proporciona también una primera impresión del nivel adaptativo del sujeto.

Según Graham (1977/1987), la *escala F* desempeña tres funciones importantes: (a) Es un índice de la actitud frente a la prueba, útil para detectar series de respuestas desviadas; (b) Si el perfil es válido, resulta un buen indicador del grado de psicopatología del sujeto, siendo las puntuaciones altas las que indican mayor grado de disfunción; (c) Permite inferencias acerca de conductas ajenas a la prueba.

Archer (1987) señala que los criterios de validez de la *escala F* son muy distintos para adultos y adolescentes y que, así como Meehl (1956) propone una $F \geq 16$ como punto de corte a partir del cual un protocolo adulto debe considerarse inválido, en el caso de adolescentes no se puede emplear un criterio tan restrictivo. En una investigación realizada con adolescentes por Ehrenworth y Archer (1985), estos autores encuentran que el 43.3% de pacientes internos obtienen una *F* de 16 o más en la escala directa. Archer cree que incluso

perfiles con valores *F* altos pueden ser clínicamente útiles e interpretables, indicando sujetos con niveles de psicopatología mayores o con riesgo de conductas agresivas. También considera, en población adolescente, que una puntuación directa de *F* entre 16-26 debe revisarse cuidadosamente por si ha habido dificultades lectoras o escasa motivación o poca capacidad para responder a los elementos del inventario, lo que daría como resultado su invalidación. Archer, en su obra de 1987, proporciona unos valores que son guías útiles para la interpretación de esta escala con sujetos adolescentes (tabla 3.3, pág.41).

Finalmente, la *escala K*, la más sutil de las medidas de validez, está formada por 30 elementos que intentan identificar a los sujetos que, teniendo diversos grados de psicopatología, tienden a producir perfiles que caen dentro de límites normales. Incluye elementos con diversos contenidos, como el autocontrol y las relaciones familiares e interpersonales (Greene, 1980).

La puntuación *K* se traduce en un factor de corrección que, con distinto peso, se añade a alguna de las escalas clínicas (Hipocondriasis, Desviación psicopática, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía) cuando se trabaja con protocolos de adultos, a pesar de que hay investigaciones que lo cuestionan y que no apoyan su uso rutinario, debido a que se relaciona con otros factores, como por ejemplo, el nivel socioeconómico. Algunos autores como Marks, Seeman, & Haller (1974), Dahlstrom, Welhs, & Dahlstrom (1972), Larchar (1974), cuyo criterio se ha seguido en esta investigación, no utilizan valores correctores *K* para adolescentes.

Una puntuación elevada revela actitudes muy defensivas, tratándose de sujetos que niegan los problemas psicológicos y presentan una fachada de ajuste adecuado, siendo muy desfavorable su pronóstico para intervenciones psicológicas (Archer, White, & Orvin, 1979). Por el contrario, puntuaciones muy bajas se encuentran en adolescentes que

deliberadamente intentan presentarse de forma desfavorable, bien para simular mayor patología o para pedir ayuda a través de trastornos muy manifiestos, que no se corresponden con una psicopatología real. En esta ocasión, al igual que comentábamos con la *escala F*, también se han seguido los valores interpretativos que proporciona Archer en su obra (1987; tabla 3.4, pág.42).

III.2.2.1.2.- Baremos utilizados.

A medida que se ha extendido el uso de *MMPI* más allá de las poblaciones psiquiátricas adultas, para las que fue originariamente creado, han ido surgiendo cuestiones cruciales con respecto a la utilización de los baremos originales de adultos con otros grupos de sujetos que variaban significativamente en aspectos tales como edad, raza, etc. El problema de los baremos es sólo una de las muchas dificultades que han permanecido sin solución durante unos 40 años, periodo de tiempo en el que, sin embargo, este inventario ha sido utilizado con adolescentes, tanto para fines clínicos como de investigación (Archer, 1987).

Muchos investigadores, teóricos y prácticos, han señalado que hay claras y significativas diferencias en las pautas de respuesta a *MMPI* entre adultos y adolescentes e incluso entre los distintos grupos de edad de estos mismos adolescentes (Hathaway, & Monachesi, 1963). Pero, a pesar de la evidencia de los efectos significativos de la edad, estos mismos autores recomiendan la utilización de baremos adultos con población adolescente. Este proceder ha sido la práctica habitual durante mucho tiempo.

Estudios posteriores (Ehrenworth, & Archer, 1985) han demostrado que, si se utilizan baremos de adultos con adolescentes, no sólo tiende a ser más pronunciado el grado de psicopatología (sobre todo en las *escalas F*, Desviación psicopática y Esquizofrenia), sino que también los perfiles difieren en su configuración básica. En la actualidad, existen ya

muchas investigaciones que corroboran la necesidad de utilizar baremos adolescentes: Moore y Handal (1980); Newmark, Gentry y Whitt (1983). Como señala Archer (1984), el uso de baremos adolescentes reduce marcadamente la posibilidad de interpretar patológicamente respuestas que son normales en la adolescencia.

Los baremos seleccionados para esta investigación son los desarrollados por Marks y Briggs (1967/1972), que abarcan desde edades inferiores a los 14 años hasta los 16 años y que parecen ser los más adecuados, en opinión de diversos autores (Archer, 1987; Klinefelter, Pancoast, Archer, & Pruitt, 1990). Estos investigadores reconocen que los datos normativos de Marks y Briggs tienen el inconveniente de estar basados en una muestra de protocolos de adolescentes de más de 20 años de antigüedad y se cuestionan su adecuación para evaluar a adolescentes contemporáneos. Por ello, hacen un estudio comparativo entre estos baremos y otros ulteriores, como los de Gottesman, Hanson, Kroeker y Briggs (1987) y los de Colligan y Offord (1989). Sin embargo, concluyen que, aunque sus resultados son consistentes con los de Pancoast y Archer (1988) y comprueban que los baremos de Colligan y Offord representan más exactamente a los adolescentes no pacientes contemporáneos, recomiendan la utilización de los baremos tradicionales de Marks y Briggs, pues señalan que no hay suficiente bibliografía clínica basada en las normas más recientes, que sirva de base para una labor clínica o de investigación adecuada.

En nuestro caso, pareció adecuado utilizar las puntuaciones directas, junto a las puntuaciones típicas obtenidas con los baremos de Marks y Briggs, para analizar las posibles diferencias entre ambas medidas (Martínez Arias, comunicación personal, Julio, 1997).

Finalmente, hay que señalar otra diferencia entre adultos y adolescentes, que es preciso tener en cuenta al utilizar puntuaciones típicas. En el caso de protocolos de adultos una

puntuación típica igual o superior a 70 resulta útil para definir la sintomatología clínica; sin embargo, esta práctica resulta menos discriminatoria en el caso de adolescentes (Archer, 1987).

III.2.2.1.3.- *Índice F - K > 11*. Codificación basada en dos escalas.

- El *Índice F - K > 11*, es una medida de fiabilidad aportada por Gough (1950). Este autor observó que aquellos sujetos que intentaban dar la impresión de tener una psicopatología grave, obtenían puntuaciones considerablemente más altas en la *escala F* que en la *K*. Sugirió que la diferencia entre la puntuación directa de la *escala F* y la puntuación directa de la *escala K*, podía ser útil para detectar los perfiles de las personas que fingían estar mal. Gough (1950) y Meelh (1951) señalaron que, cuando esta diferencia es positiva y mayor de 9, nos encontramos ante uno de estos casos. Cuando el punto de corte se eleva a 11, se produce una identificación más precisa de estos perfiles (Graham, 1977/1987).

Archer (1987), al igual que hace con los otros índices y escalas *MMPI*, indica que al utilizar este índice con población adolescente se ha de proceder con mayor cautela. Sin embargo, en esta investigación se opta por seguir el criterio más restrictivo de $F - K > 11$ (Exner, comunicación personal, Junio, 1992) y analizar los protocolos que puntúen positivo en este índice, aplicando posteriormente un χ^2 para detectar diferencias significativas entre grupos en esta variable.

- Algunos autores como Gilberstadt y Duker (1965), Marks y Seeman (1963), han desarrollado reglas muy complicadas para codificar las diversas elevaciones de las multiescalas. Los esfuerzos más recientes se centran en emplear una aproximación más simple, clasificando los **perfiles *MMPI* con dos escalas**. Este sistema, tal y como lo han ejemplificado Graham (1977/1987) y Greene (1980), consiste en asignar al perfil *MMPI* la

codificación basada en las dos escalas con el rango clínico más elevado, designando la escala más elevada en primer lugar. La designación incluye las diez escalas básicas, es numérica y los códigos son intercambiables.

Archer (1987) señala que, en adolescentes, la correlación entre la clínica y los perfiles de codificación necesita mayor investigación, tarea que él va a llevar a cabo posteriormente. Reconoce, en esta época, que las estrategias de interpretación que combinan descriptores clínicos, procedentes de la correlación de muestras de adultos y adolescentes, son más consistentes y acertadas que las que no se han obtenido por este procedimiento de validación cruzada. Resalta el gran esfuerzo que supuso el trabajo de Marks, Seeman y Haller con población adolescente (1974), esfuerzo que nadie había realizado antes y cómo, con sus 29 descriptores basados en dos escalas, facilitaron la tarea de los clínicos para interpretar *MMPI* de adolescentes.

En un principio, al elaborar este diseño comparativo, se decidió someter a estudio los perfiles 2-7/7-2; 2-8/8-2; 7-8/8-7, por ser los más cercanos a la sintomatología depresiva. Se incluye, a continuación, un breve resumen de la descripción que hace Archer (1987) de estos perfiles, al considerarla la más adecuada para población adolescente:

➤ **Perfil 2-7/7-2:** Las personas con este tipo de perfil sienten fuertes sentimientos de ansiedad y depresión y, a menudo, reaccionan de forma exagerada ante los menores sucesos de la vida cotidiana. Se suelen preocupar mucho de sí mismos y se centran rígidamente en sus deficiencias personales y en sus inadecuaciones. Habitualmente no crean problemas a los demás y cuando surgen conflictos o dificultades se comportan de forma autopunitiva y autoacusatoria. Tienen un pensamiento rígido y son meticulosas y perfeccionistas en su vida cotidiana. Se les suele describir como personas hipercontroladas e incapaces de expresar sus sentimientos de forma abierta. En las relaciones interpersonales se da frecuentemente un

modelo de dependencia, pasividad y carencia de asertividad. Tienden a emplear defensas obsesivo-compulsivas.

Aproximadamente, el 40% de los adolescentes de la muestra de Marks, Seeman y Haller (1974) con este perfil, manifestó pensamientos suicidas y uno de cada cuatro adolescentes fue diagnosticado de depresión severa.

➤ El **perfil 2-8/8-2**, aparece tanto en adolescentes como en adultos cuyo comportamiento se caracteriza por temor, timidez, ansiedad y torpeza social. Parecen preferir una marcada distancia emocional de los demás y son miedosos y ansiosos en sus relaciones interpersonales. Este perfil está frecuentemente asociado a una sintomatología psiquiátrica severa, particularmente cuando las elevaciones en estas escalas son marcadas.

Entre estos adolescentes, el aislamiento y la represión son mecanismos de defensa primarios. También se asocia con este perfil un autoconcepto pobre y baja autoestima y los sujetos se autodescriben como torpes y con miedo a equivocarse. Pueden mostrarse como personas altamente emocionales y con dificultades para modular sus expresiones afectivas. En el estudio de Marks, Seeman y Haller (1974), un alto porcentaje de adolescentes con este perfil (44%), tiene en su historia un intento de suicidio activo.

➤ El **perfil 7-8/8-7**, tanto en sujetos adultos como en adolescentes, aparece relacionado con defensas inadecuadas y escasa tolerancia a las situaciones de tensión. Son personas aisladas socialmente, ansiosas y deprimidas, que se sienten inseguras e inadecuadas y tienen dificultades muy importantes para modular sus emociones y expresarlas de forma adecuada.

En adolescentes parece estar relacionado con la presencia de tensión y debilitación de los sistemas defensivos del Yo. Muchos de ellos manifiestan miedo al fracaso escolar.

➤ En uno de los apartados finales, se va a presentar una distribución de frecuencias con los perfiles de todos los sujetos que componen la muestra, por si la frecuencia de alguno de

ellos resultara significativa.

III.2.3.- *Child Behavior Checklist (CBCL).*

La introducción de la escala *CBCL* dentro de la batería de tests seleccionada para esta investigación, se debió a la recomendación personal de J. Exner, en el Congreso Internacional de Rorschach que se celebró en París, en 1990. Exner considera que este instrumento es útil porque permite recoger la descripción que los padres hacen de la conducta de su hijo de forma estandarizada; tiene la ventaja de ser una escala ampliamente estudiada y utilizada y, a lo largo de diversas investigaciones, ha probado ser un instrumento válido y fiable. Por otra parte, según sus autores (Achenbach, & Edelbrock, 1983) la escala es un instrumento útil para el diagnóstico de la depresión infantil (entre 4 y 16 años), basado en los criterios del *DSM III*. Puesto que la detección de la presencia o ausencia de TAF en las muestras evaluadas constituye el tema central de este trabajo, las observaciones de los padres acerca de los síntomas depresivos que puedan presentar sus hijas resulta muy valiosa.

Según comentan Achenbach y Edelbrock (1983), los padres son los informadores que aportan los datos más cruciales de los menores, en las edades comprendidas entre los 4-16 años, por las siguientes razones: (a) Son los informadores más accesibles. (b) Tienen mayor conocimiento de la conducta del hijo, a través del tiempo y a través de diversas situaciones. (c) Son parte importante de la evaluación y del tratamiento. (d) Aunque sus informaciones puedan estar sesgadas, su forma de ver la conducta de su hijo/a es fundamental para planificar el tratamiento. (e) Los problemas de relación padres-hijos son importantes para poder predecir futuros problemas. (f) Al evaluar logros, las percepciones parentales de los cambios indican si el trabajo con ellos es suficiente o es necesario algún otro tipo de intervención.

La dificultad que supuso la selección de esta escala fue que *CBCL* no estaba traducida al castellano ni se hallaba disponible en nuestro mercado en el momento de iniciar la recogida de la muestra. Se hizo necesario contactar con T. Achenbach (comunicación epistolar, Febrero, 1991), autor de la prueba, quien proporcionó el material y, posteriormente, realizar su traducción, para lo que se contó con la ayuda de C. Sendín. Al poco tiempo, a través de la obra de A. Polaino-Lorente (Ezpeleta, Domènech y Polaino, 1988), se tuvo conocimiento de su trabajo con esta escala, cuya traducción proporcionó al solicitarle información (Polaino, comunicación epistolar, Abril, 1991) y, de esta forma, se pudo consensuar la versión realizada. Actualmente se dispone de una traducción parcial publicada en castellano (Pedreira, 1995).

El origen de *CBCL* se remonta a la carencia de procedimientos estandarizados, señalada por Achenbach y Edelbrock (1983), que describieran las conductas más relevantes del niño y del adolescente y que pudieran utilizarse para el estudio y tratamiento de su psicopatología. Consideraban que, para el progreso en la investigación sobre psicopatología infantil, era imprescindible disponer de un instrumento fiable, con taxonomías bien diferenciadas y fundamentadas empíricamente. Achenbach (1966) diseñó primero un listado de problemas de conducta que era contestado por el evaluador, a partir de los datos obtenidos en la historia clínica. Este instrumento se adaptó posteriormente para que lo contestaran los padres, simplificando el vocabulario, añadiendo nuevos ítems y aumentando las alternativas de respuesta. Tras sucesivos estudios piloto, se llegó a la forma definitiva (Achenbach, 1979).

La prueba consta de una forma para padres y tres instrumentos suplementarios: (1) *El Teacher's Report Form (TRF)*: Achenbach, & Edelbrock, 1986), para recoger la visión que tiene el profesor de la conducta del niño entre 6 y 16 años, basándose en la valoración de los

dos meses anteriores; (2) *Direct Observation Form*, creada para obtener datos procedentes de la observación del niño en situaciones tales como el recreo, el aula, las actividades de grupo, etc., que se reflejan en 96 ítems que el observador rellena tras observar la conducta del niño durante 10 minutos; (3) *The Youth Self-Report (YSR)*: Achenbach, & Edelbrock, 1987), autoinforme para ser relleno por jóvenes entre 11 y 18 años, formado básicamente por los mismos ítems que la escala de padres, pero del que aún no se dispone de mucha información. Estos tres instrumentos suplementarios no se incluyeron en esta investigación, pues se consideró que no respondían a los objetivos del trabajo (*TRF*) o hubieran proporcionado información poco fiable y redundante (*YSR*).

La forma *CBCL para padres* consta de dos partes.

- **Escala de habilidades sociales**, formada por 20 ítems de competencia social que se agrupan en tres subescalas, proporcionando un perfil e información sobre las *actividades* que el chico realiza, su *rendimiento escolar* y sobre la cantidad y calidad de sus *relaciones sociales*.
- **Escala de problemas de conducta**, constituida por 118 ítems, valorados de 0 a 2, que registran los síntomas observados en los últimos 6 meses. Los elementos se agrupan en 8 subescalas, derivadas del análisis factorial. Los factores resultantes son: (1) Ansioso, obsesivo; (2) Quejas somáticas; (3) Esquizoide; (4) Depresivo, aislado; (5) Inmaduro, hiperactivo; (6) Delincuente; (7) Agresivo; (8) Cruel. Estos factores representan síndromes de características que tienden a presentarse juntas, de acuerdo con las informaciones obtenidas de los padres. Los títulos asignados a cada escala, pretenden ser una descripción sintetizada de los ítems que contiene dicha escala, obtenida por agrupamientos factoriales y no representan, necesariamente, una categoría diagnóstica. Por tanto, ninguna escala, a pesar de la similar denominación, es equivalente a un diagnóstico clínico.

Una vez evaluada la escala, las puntuaciones de cada subescala pueden trasladarse a un perfil, específico y concreto para cada sujeto evaluado, ya que Edelbrock y Achenbach (1980) han desarrollado el *Child Behavior Profile (CBP)*, que permite derivar síndromes empíricos de problemas de comportamiento, que, a su vez, posibilita una mayor discriminación de los trastornos presentados por los niños/as.

Un análisis de 2º orden, mostró que las subescalas de problemas de conducta se reúnen en dos grandes grupos, denominados *Internalizing* (temor, inhibición, hipercontrol) y *Externalizing* (agresión, características antisociales, hipocontrol), según que los problemas ocurran fundamentalmente dentro de uno mismo o en relación con el mundo exterior. Esta dicotomía en la conducta infantil ha sido señalada por otros autores: Peterson (1961) menciona problemas de personalidad versus problemas de conducta; Miller (1967) habla de inhibición versus agresión.

La muestra, para la escala de problemas de conducta, se obtuvo a partir de niños con historia psiquiátrica, mientras que la muestra de los datos normativos está formada por población no paciente.

Achenbach (1979) destaca la necesidad de detectar las diferencias entre sexo y edad para establecer criterios patológicos que ayuden a la investigación de diferentes conductas dado que, probablemente, la frecuencia y modelo de los problemas conductuales es diversa. Con la intención de reflejar las diferencias entre sexo y edad, todas sus pruebas están estandarizadas por separado, niños y niñas, con intervalos que demarcan cambios significativos en el funcionamiento cognitivo y emocional, estatus educacional y social y desarrollo físico (4-5 años; 6-11 años; 12-16 años). Ezpeleta, Domènech y Polaino (1988) consideran que éste es uno de los valores más importantes de la escala, el estar basada en conceptos de psicopatología evolutiva, teniendo en cuenta las distintas edades de los

menores, las diferencias de sexo y las variaciones madurativas. Un segundo aspecto importante, según estos mismos autores, lo constituye el hecho de que permite que cada listado de problemas de conducta obtenga su traducción en un perfil de comportamiento.

En cuanto a su **validez**, es decir, su capacidad para identificar a niños con problemas, Achenbach y Edelbrock (1983) utilizaron como criterio a niños que acudieron a consulta externa en Servicios de Salud Mental y a niños con características demográficas similares a los anteriores, que no habían tenido contacto con dichos centros, al menos durante el año anterior. Los niños con referencias clínicas recibieron puntuaciones significativamente más altas, en 116 de los 118 ítems, que los chicos de características demográficas parecidas. Posteriormente se han realizado investigaciones similares como las de Weissman, Orvaschel y Padian (1980); Kazdin, French, Unis y Esveldt-Dawson (1983). Otros estudios, como el de Quay y Peterson (1983) han utilizado, como criterio de validez, su relación con otras pruebas análogas existentes, obteniéndose correlaciones muy satisfactorias, entre 0.71 y 0.92, para las puntuaciones totales. En España, los resultados obtenidos (Bonet, 1991; Sardinero, Pedreira y Muñiz, 1997) ofrecen puntuaciones totales de problemas de comportamiento semejantes a los aportados por Achenbach y Edelbrock (1983) en su estudio original.

La **fiabilidad**, tanto de acuerdo entre las puntuaciones de los padres ($r \approx 0.90$) como test-retest ($r \approx 0.70$), también arrojan correlaciones satisfactorias.

Cabe mencionar también que, recientemente, Pedreira y Sánchez (1992) han revisado las escalas más utilizadas en estudios epidemiológicos, llegando a la conclusión de que las escalas de la serie *Child Behavior Checklist* son las más desarrolladas y estandarizadas, permitiendo valorar una amplia gama psicopatológica, por lo que resultan especialmente aptas para la investigación infanto-juvenil, aunque descartan su utilidad en estudios

altamente específicos.

La aplicación de esta escala se realizó mediante entrevista personal. Achenbach indica que puede utilizarse como un cuestionario que los propios padres pueden rellenar solos, si bien aconseja que haya una persona disponible mientras lo cumplimentan, por si tuvieran algún problema o no entendieran alguno de los ítems. Sin embargo, Martínez Arias (1995) manifiesta su acuerdo con las opiniones de autores como Henry, Fowler y Lavrakas, que consideran que, en las encuestas, la entrevista personal es el método de recogida de datos más fiable, versátil y flexible. Normalmente asegura tasas de respuesta bastante elevadas y permite establecer una buena relación con los entrevistados, lo que mejora su cooperación. Además, posibilita aclarar las dudas planteadas en las preguntas, así como el seguimiento de instrucciones complejas. En nuestro caso era importante recoger la información de *CBCL* de forma adecuada, ya que un protocolo con más de ocho omisiones, según señala su autor, hubiera resultado inválido y, consecuentemente, hubiera anulado las restantes pruebas aplicadas en ese caso concreto. Por ello se decidió asumir los inconvenientes de la aplicación individual, como son la necesidad de entrenar al entrevistador para evitar posibles sesgos y el mayor tiempo empleado en la recogida de los protocolos de cada sujeto.

III.2.3.1.- Variables *CBCL* seleccionadas: subescalas de ansiedad, quejas somáticas, esquizoidia y depresión.

Conviene recordar brevemente que las subescalas *CBCL* son agrupamientos factoriales de síntomas, que no son una traducción exacta de la nomenclatura psicopatológica tradicional, sino nombres descriptivos de conductas. Así mismo, los ítems que se incluyen en cada escala varían, según la edad y el sexo de los sujetos examinados.

Como se comentaba con *MMPI*, se eligieron únicamente aquellas subescalas con mayor

relación con la hipótesis planteada sobre anorexia y depresión. La elaboración de una información más amplia, así como el estudio de los perfiles que esta escala puede proporcionar, se deja para posteriores trabajos y publicaciones. Se incluyen las subescalas siguientes.

- **Ansiedad, obsesiones.** Formada por 19 ítems (Achenbach, & Edelbrock, 1983, pág. 208). Al igual que la *escala 7* de *MMPI*, esta subescala se incluye como medida del componente de ansiedad que suele acompañar a los cuadros depresivos (Polaino y García Villamizar, 1988) y a los TCA (Cervera y Quintanilla, 1995).
- **Quejas somáticas.** Compuesta por 8 ítems (Achenbach, & Edelbrock, 1983, pág. 208), intenta detectar la sintomatología física que acompaña a la AN (vómitos, mareos, dolores, etc.), ya que se trata de una patología psicósomática en la que estos datos adquieren gran relevancia.
- **Esquizoidia.** Subescala que, como señalan Achenbach y Edelbrock, (1983), plantea problemas por utilizar en su denominación un término muy controvertido. Incluye 9 ítems (Achenbach, & Edelbrock, 1983, pág. 208) y se ha seleccionado para este trabajo, siguiendo el mismo criterio de selección que determinó la inclusión de los perfiles *MMPI* de la *escala 8* (2-8/8-2): la posibilidad de detectar conductas bizarras si las hubiera, de especial importancia en la patología anoréxica.
- Finalmente, se incluye la subescala de **Depresión**, analizada ampliamente por Ezpeleta, Domènech y Polaino (1988). Está integrada por 13 ítems (Achenbach, & Edelbrock, 1983, pág. 208) y, aunque su autor afirma que esta subescala cumple los criterios del *DSM III* para depresión, su estudio detallado lleva a detectar algunas omisiones. Respecto a los criterios del *DSM III* para depresión mayor (humor disfórico y cuatro más entre un listado de ocho), esta subescala cubre únicamente el criterio ineludible del humor disfórico (ítem 103 = se

siente deprimido/a), pero deja insatisfechos cuatro de los ocho fijados por *DSM III* (anhedonia, ideación suicida, dificultad de concentración y lentificación del pensamiento). Entre los criterios *DSM III* para trastorno distímico, en la escala de Achenbach se hallan ausentes la disminución del rendimiento escolar, dificultad de concentración, ausencia de respuesta a los estímulos positivos y pesimismo ante el futuro.

En realidad, los ítems de esta subescala ponen de manifiesto el humor disfórico, presente en toda depresión y poseen una buena carga factorial respecto esta patología, pero son *incompletos en cuanto a sus aspectos cognitivos y emocionales*. Si se realiza una valoración crítica, se detectan una serie de inconvenientes y ventajas:

➤ Inconvenientes:

- ⇒ No abarca algunos aspectos de la depresión infanto-juvenil.
- ⇒ Al ser descriptiva, no evalúa los aspectos más subjetivos del síndrome.
- ⇒ En las formas severas, que cursan con gran bloqueo/inhibición, la depresión puede no explicitarse a través del cuestionario y pasar inadvertida.

➤ Ventajas:

- ⇒ Es una escala útil si se integra con otros datos.
- ⇒ Tiene en cuenta el elemento evolutivo, frecuentemente descuidado en muchos instrumentos.
- ⇒ Permite contrastar la información proveniente de los padres con la procedente de otras fuentes y, en consecuencia, ayuda a la planificación y posterior reevaluación del tratamiento.

Todas las subescalas analizadas pertenecen a la *escala de Internalización*, es decir, a la escala *CBCL* relacionada con problemas que, primordialmente, tienen lugar en el interior del sujeto.

III.3.- Muestra.

Se seleccionó a una serie de sujetos que presentan algunas características comunes y otras que son específicas de cada uno de los tres grupos que integran la muestra total.

III.3.1. Características generales de la muestra total.

- **Edad:** Se determinó el rango de edad de 13 a 16 años, por las siguientes razones:
 - Descartar la AN infantil. En edades tempranas la AN es más infrecuente, pero puede observarse incluso en lactantes y, en ocasiones, puede llegar a revestir una extrema gravedad. Su significación en estos casos es distinta, pues se la considera más bien como una forma de protesta del niño en la relación que establece con su entorno (Schütze, 1980/1983).
 - Estudiar la AN en sus orígenes, al inicio de la eclosión de la enfermedad, a fin de evitar el posible influjo de otras variables como, por ejemplo, la cronicidad.
 - Se trata de un intervalo de edad con características bastante comunes tanto en el funcionamiento cognitivo y emocional como en el desarrollo físico y nivel educacional del sujeto (Achenbach, 1979).
 - Al no utilizar rangos de edad amplios, se evita que las diferencias que resulten, al comparar los resultados de los distintos grupos, puedan deberse a la variable cronológica.
- **Número de sujetos:** El tamaño muestral vino determinado por la consulta realizada a J. Exner (comunicación personal, Julio, 1990), quien, basándose en consideraciones de tamaño del efecto esperado, aconsejó incluir a 50 sujetos en cada uno de los tres grupos. A lo largo de su obra, Exner (1995) afirma reiteradamente que no es nada fácil llevar a cabo estudios metodológicamente rigurosos en el campo de *Rorschach*, a causa de la extrema complejidad que implica la recogida y análisis de sus datos (Exner, & Sendín, 1997). Por ello, en

investigaciones con este test, se considera que un estudio realizado con un número de sujetos ≥ 50 , supone un tamaño muestral amplio (Dies, 1995).

- **Sexo:** Los tres grupos están formados exclusivamente por mujeres. Se adoptó esta determinación porque, aunque la patología anoréxica también se observa en el varón, el 90-95% de los casos de AN son mujeres (Lucas, Beard, O'Fallon, & Kurdlan, 1991; Nielsen, 1990; Rastam, Gilberg, & Gartron, 1989) (Apartado II.2.4.3). Tras un estudio estimativo, se concluyó que si se introducían sujetos masculinos en este estudio, conseguir al menos 25 casos de adolescentes varones anoréxicos, que cumplieran todos los requisitos exigidos a los componentes de este grupo, hubiera supuesto retrasar la recogida de datos en varios años.

- **Sector público:** las muestras son también homogéneas en cuanto a su recogida en instituciones públicas:

- **Ámbito educativo:** El grupo de no pacientes se consigue en un Instituto de Enseñanza Media de titularidad estatal.

- **Contexto sanitario:** El grupo de anoréxicas se recaba en Hospitales públicos del Insalud; el grupo de pacientes diagnosticadas de depresión procede de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

III.3.2.- Muestra de Pacientes Anoréxicas.

Para la obtención de este grupo se consideraron, en primer lugar, los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid con especial dedicación y experiencia en el tratamiento de pacientes anoréxicos que, además, tuvieran previstas camas pediátricas, lo que redujo enormemente la oferta. Se contactó con el Hospital del Niño Jesús, situado en el centro de la capital, donde se ingresa a pacientes anoréxicos con una edad tope de 18 años, desde distintas zonas de Madrid e incluso de España, debido a su carácter pionero y emblemático

en el tratamiento de AN infanto-juvenil. El director del Departamento de Psiquiatría, Dr. Gonzalo Morandé, al que reitero mi agradecimiento, me facilitó el acceso a este Hospital y, además, al Hospital Universitario de Getafe y al Hospital de Móstoles, situados en la periferia de Madrid, que cuentan también con camas dedicadas a este tipo de pacientes. El hecho de no incluir a otros hospitales de la CM tiene el inconveniente de que la muestra así obtenida tiene menor representatividad, pero, como contrapartida, supone la ventaja de lograr una mayor validez interna del grupo, ya que el diagnóstico en todos los casos se realiza con los mismos criterios, teniendo como referencia la descripción del *DSM III-R*.

III.3.2.1.- Definición de caso.

Los componentes de esta muestra cumplen, además de las condiciones generales, una serie de requisitos.

- Diagnóstico de **anorexia**, según los criterios del *DSM III-R* (Apartado II.2.5.1).
- Dentro de las pacientes anoréxicas, se decidió incluir en este estudio únicamente a las anoréxicas **restrictivas**, es decir, a aquellas en las que el adelgazamiento se produce por una restricción alimentaria. Se descartó a las anoréxicas que alternan la restricción alimentaria con episodios bulímicos y necesidad ulterior de recurrir al vómito y también a las anoréxicas que reducen el peso mediante actividades purgativas. Esta decisión supuso una dificultad añadida para completar la muestra, debido a que entre el 40% y el 50% de las anoréxicas hospitalizadas presenta episodios bulímicos (Brusset, 1990), pero se creyó conveniente no incluir la variable presencia/ausencia de bulimia/purga, que pudiera interferir en los resultados.

La base teórica de esta forma de proceder parece justificada. Durante mucho tiempo se creyó que anorexia y bulimia eran dos extremos de un mismo trastorno, pero en la

actualidad se considera que su relación es mucho más compleja (Brusset, 1990), que se trata de trastornos distintos (Levy, 1989; Nakao et al., 1998), que deben ser tratados de forma diferente y que parecen tener cada uno su propio y distinto curso (Hsu, 1988; Woznica, 1990). Chinchilla (1995) describe a las anoréxicas restrictivas como personas bastante reservadas, inhibidas, retraídas, bordeando lo “esquizoide”, pensativas meditabundas, serias y con tendencia a la obsesividad; el tipo bulímico tiende a mostrar mayor extroversión, simpatía, labilidad emocional y temperamento impulsivo, lo que parece reflejar un mayor grado de desorganización cognitiva y conductual. Otra diferencia entre ambas patologías la marca las historias familiares de depresión en las pacientes anoréxicas (Piran, Kennedy, Garfinkel, & Owens, 1985), muy comunes en el subgrupo bulímico (61%), pero mucho menos frecuentes (23%) en el subgrupo restrictivo. Finalmente, cabe señalar que el *DSM* en su última revisión (*DSM IV*: APA, 1994a) recoge estas diferencias, mencionando explícitamente dos tipos específicos de AN: el tipo restrictivo y el tipo atracón/purgativo.

- Todas las componentes de este grupo estaban en situación de **primer ingreso hospitalario**, por lo que la patología anoréxica todavía no se había cronificado, eliminándose el influjo de otras posibles variables consecutivas a la cronificación.

III.3.2.2.- Características específicas del grupo de pacientes anoréxicas.

La recogida de esta muestra tuvo una duración de 25 meses y a lo largo de este periodo se evaluaron 65 casos, para poder alcanzar el total propuesto de 50 anoréxicas. Se excluyeron 15 casos al comprobar que, en alguna fase de la enfermedad, habían recurrido al vómito para reducir peso, aunque en el momento de la evaluación no lo practicaran ni lo comunicaran. Adicionalmente se aplicó la misma batería de tests a 10 varones que, en este mismo periodo de tiempo, ingresaron por AN restrictiva, pero se trata de una muestra muy

pequeña, que de momento no se ha utilizado y que se está ampliando para poderla comparar en estudios ulteriores con la que ahora se presenta, a fin de determinar las posibles diferencias existentes en la AN en función del sexo.

En cada caso se solicitó verbalmente consentimiento para participar en este estudio. Como contrapartida, se ofreció un informe psicológico escrito, que se incluía en la historia clínica de cada paciente evaluado, para uso del personal sanitario.

- La composición de la muestra por **edades** queda constituida según se indica en la siguiente Tabla:

Tabla 24. *Muestra de pacientes anoréxicas. Distribución por edades.*

Edades / sujetos.				Nº total.	Media.	D. Típica.
13 años.	14 años.	15 años.	16 años.			
9 sujetos.	9 sujetos.	13 sujetos.	19 sujetos.	50 sujetos.	14.84	1.13

La distribución obtenida no es equiparable numéricamente en los distintos niveles de edad. No obstante, este dato sólo es el reflejo de cómo se presenta la AN en la población general. Por ello y porque el criterio de selección de la muestra viene determinado fundamentalmente por su adscripción o no a los criterios del *DSM III-R*, se decidió admitir la distribución de la muestra tal y como se presentaba al recogerla, según habían ido ingresando estas adolescentes en los diversos Hospitales con los que se había concertado realizar el estudio.

Todas las pacientes seguían el curso académico que les correspondía, según su edad, hasta el momento del ingreso y, en general, mantenían buen rendimiento académico.

- Aunque en opinión de muchos autores (Dies, 1995), la **prescripción farmacológica** no afecta seriamente la mayoría de las variables *Rorschach*, se considera oportuno aportar los datos de que se dispone en cuanto a la medicación pautada a estas pacientes:

- *Sin tratamiento farmacológico*: 19 casos (32%).
- *Con tratamiento farmacológico*: 41 casos (68%), distribuidos de la siguiente forma:
 - ⇒ 8 casos con medicación antidepresiva (Tryptizol).
 - ⇒ 8 casos con antidepresivos y ansiolíticos (Anafranil y Orfidal).
 - ⇒ 14 casos con ansiolíticos (4 Valium; 3 Lexatin y Orfidal; 3 Meleril gotas; 4 Orfidal).
 - ⇒ 11 casos tratados con neurolépticos (Haloperidol y Akineton para evitar síntomas extrapiramidales).

III.3.3.- Muestra de pacientes con depresión.

Antes de pasar a describir las características de esta muestra, resulta imprescindible hacer una brevísima referencia al concepto de depresión infanto-juvenil, ya que el hecho de que los trastornos depresivos de los niños y adolescentes se consideren semejantes a los de los adultos, o se conciban como una entidad psicopatológica distinta (Ayuso y Saiz, 1990), ha sido y es, todavía, un tema muy controvertido y una de las principales causas de la discordancia hallada en los estudios epidemiológicos realizados sobre el tema (García Villamizar y Polaino, 1988).

III.3.3.1.- Criterios diagnósticos de depresión.

Aún contando con descripciones clásicas de cuadros depresivos en niños (Agras, 1959; Bowlby, 1962; Dennehy, 1966; Spitz, 1945; Toolan, 1962), es a partir de los años 70 cuando se produce un considerable volumen de publicaciones y una serie de acontecimientos importantes, relacionados con este tema: El IV Congreso de la Unión de Psiquiatras Infantiles Europeos, en 1972; el I Simposio sobre Depresión en la Infancia organizado por el National Institute of Mental Health en 1975; el 1º y 2º Congreso de

Epidemiología Psiquiátrica de Londres (1976) y Mannheim (1983). Las formulaciones de estas publicaciones se producen desde muy diversas ópticas, según recoge Polaino en su obra (1988).

- La **escuela psicoanalítica**, que considera la depresión como el resultado de un conflicto intrapsíquico, entre un Superyo primitivo y un Yo desvalido. Por ello, dentro de esta escuela, hay autores que niegan su existencia, al carecer los niños de un Superyo lo suficientemente desarrollado como para dar lugar a este desorden (Rochlin, 1959). No obstante, otros autores sostienen que la depresión puede surgir en cualquier edad (Bemporad, & Wilson, 1978), dependiendo sus manifestaciones del desarrollo psicosexual, cognitivo y perceptual, propio del periodo evolutivo del paciente.
- El enfoque conceptual de la **depresión enmascarada**, que sostiene que la depresión existe en la infancia, pero que sus características clínicas difieren substancialmente de las de los sujetos adultos (López-Ibor Aliño, 1972). Se trataría de depresiones subyacentes, cuyo diagnóstico no puede hacerse desde la inexistente sintomatología depresiva, sino que debe inferirse de otros síndromes o alteraciones psicopatológicas (Glaser, 1968; Jeammet, 1989; Toolan, 1962, 1969/1972; Ayuso, 1997). Este enfoque ha sido ampliamente criticado por su naturaleza confusa (Kotsopoulos, 1989).
- La **psicología del desarrollo** (Achenbach, 1982; De Dios, Elegido y De las Heras, 1991), que entiende que la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infanto-juvenil, pero que su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto.
- La **psiquiatría clínica tradicional**, que considera la depresión como un desorden clínico (Cantwell y Carlson, 1983/1987; Chiles, Miller, & Cox, 1980). A pesar de que las posiciones anteriormente mencionadas sembraron una cierta confusión entre investigadores y clínicos, se ha logrado un consenso suficiente en torno a este último posicionamiento, que

postula la semejanza entre la depresión infanto-juvenil y la del adulto (Moreau, 1990). Este acuerdo se ha visto reflejado en la clasificación de los desórdenes mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (*DSM*), en sus diversas versiones.

Cada uno de estos cuatro enfoques tiene sus limitaciones y el problema nosológico de esta patología está todavía lejos de haberse resuelto (García Villamizar y Polaino, 1988). No obstante, este enfoque clínico es el que goza de mayor aceptación y prestigio entre los profesionales de la salud mental y el que ha permitido notables avances en la investigación por su internacionalidad (Domènech y Polaino, 1990). Por ello, es el criterio más ampliamente aceptado (Roberts, Vargo, & Ferguson, 1989), el que se ha seguido en la presente investigación (*DSM*) y que se recoge en la Tabla 25.

Tabla 25. *Criterios diagnósticos para depresión (DSM III-R: APA, 1987).*

<ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día (síntoma indispensable).2. Notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales.3. Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario).4. Insomnio o hipersomnia casi diarios.5. Fatiga o pérdida de energía casi diarios.6. Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa.7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi diarias.8. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi diarios.9. Ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse. <p>❖ En todo ello: - No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración. - La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido.</p> <p>❖ Para que el diagnóstico sea positivo se requiere la presencia del ítem 1 y entre 4 o 5 de los restantes criterios, manifestados durante un tiempo mínimo superior a dos semanas.</p>
--

Otro argumento a favor de la adscripción a este enfoque lo constituye el hecho de que, incluso los autores que lo critican, coinciden en señalar que las diferencias entre la sintomatología depresiva del adolescente y del adulto son mínimas (Marcelli y Braconnier, 1986; McCauley, Myers, Mitchell, & Alii, 1993; Puig-Antich, 1984) y nuestra muestra la componen sujetos adolescentes.

En esta investigación no se ha intentado diferenciar entre depresión mayor y trastorno distímico, por varias razones:

- El diagnóstico diferencial es difícil, tal y como reconoce la APA incluso en su versión actual de los criterios diagnósticos *DSM IV* (APA: 1994a), pues las diferencias en cuanto a inicio, duración, persistencia y gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente.
- Estas dificultades se incrementan en la población infanto-juvenil. A menudo, la demanda no parte del propio paciente, sino que son los padres los que inician la consulta, ante la actitud reacia del hijo.
- El propio momento evolutivo determina mayores dificultades en la evaluación de las pruebas aplicadas. Por ejemplo, un Índice de Depresión elevado en *Rorschach* (*DEPI* ≥ 6) hace pensar en una depresión mayor en el caso de un adulto, pero en jóvenes se puede encontrar este índice en un episodio reactivo (Exner, 1997, Octubre).
- No resulta importante, para el propósito de esta investigación, matizar esa diferencia, ya que lo que realmente interesa es poder diagnosticar con certeza la presencia o ausencia de un trastorno del estado de ánimo.

III.3.3.2.- Definición de caso.

A la hora de considerar que un sujeto cumple los requisitos necesarios para poder ser incluido en el grupo de pacientes deprimidos, se dispuso de información procedente de

diferentes **critérios**.

- Test *Rorschach*: considerándose positivo cuando la puntuación del Índice de Depresión es mayor de 5 (*DEPI* > 5). Se trata de un criterio **estadístico**.
- Test *MMPI* y *CBCL*, criterios **sintomatológicos**, esto es, definidos por la presencia de varios síntomas escogidos, de los que figuran en un listado predeterminado y referido a una patología concreta. En ambos casos también se tiene en cuenta el criterio **estadístico**, pues se considera que la escala o subescala es positiva cuando la puntuación típica es superior a 70.
- *Entrevista*, que responde a un criterio **clínico**, basado en los ítems diagnósticos del *DSMIII-R* (Tabla 25) ya que, como se comentó anteriormente, los criterios del *DSM IV* (APA: 1994a) son de posterior publicación a la fecha de inicio del trabajo. Para recoger la información de una forma lo más objetiva posible, se optó por la entrevista estructurada según los *Criterios Diagnósticos de Investigación* revisados (*Research Diagnostic Criteria, RDC-R*: Endicott, Andreasen y Spitzer. 1978/1989). Esta entrevista consta de una serie de ítems clínico-conductuales, prácticamente idénticos a los del *DSM III-R*, donde el diagnóstico infantil de depresión debe realizarse al amparo de los parámetros que definen la depresión adulta. En esta investigación, se incluyeron los ítems de la entrevista guía y los ítems de depresión del *RDC-R*.

Los criterios *RDC* han sido utilizados por clínicos e investigadores de un buen número de países y sus hallazgos han influido capitalmente en las revisiones de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10: OMS, 1992)*, así como en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA (DSM III-R, 1987)*.

Para que un caso fuera diagnosticado de depresión y, por tanto, incluido en la muestra, debía ser positivo el criterio clínico del *DSM III-R* y el *DEPI* de *Rorschach* y/o la *escala 2*

de *MMPI*. Se ha comprobado (De Felipe y Sendín, 1998) que la utilización conjunta de estos dos tests aumenta en gran medida la eficacia diagnóstica y evita, sobre todo, los falsos negativos (*DEPI + escala2 MMPI*).

No se ha incluido como criterio positivo la subescala de depresión de *CBCL* porque, aunque está basada en síntomas, a diferencia de *MMPI*, estos síntomas no llegan a configurar un cuadro clínico específico, una entidad nosológica determinada, según comentan los autores (Achenbach, & Edelbrock, 1983; Apartado III.2.3). No obstante, se incluyó en la investigación por tratarse de un criterio externo muy útil para observar las relaciones existentes entre la depresión, tal y como la registra (*Rorschach*) y expresa (*MMPI*) el adolescente y lo que observan y objetivan sus padres (*CBCL*).

III.3.3.3.- Características específicas del grupo de pacientes deprimidas.

La muestra procede de dos Centros Públicos de Salud Mental de la zona sur de la Comunidad de Madrid, concretamente los Centros de Leganés y Fuenlabrada, que cuentan con equipos especializados para la atención infanto-juvenil, lo que, desgraciadamente, no es frecuente en las 11 áreas sanitarias existentes en la Comunidad.

La elección de la muestra se hizo según el método de *conveniencia*, habitualmente utilizado en psicología, denominado así porque se seleccionan los casos en función de su disponibilidad para el estudio a realizar. Este diseño muestral es *no probabilístico*, ya que se desconoce la probabilidad de los sujetos de pertenecer a la muestra, por lo que las inferencias poblacionales no resultarían rigurosas, aunque los resultados sean válidos y de gran utilidad (Exner, comunicación personal, Octubre, 1998; comunicación epistolar, Agosto, 1999).

En esta ocasión, el parecido intragrupo es mayor que en el caso de las pacientes

anoréxicas ya que, además del criterio diagnóstico, estas adolescentes comparten otra serie de características como son la zona geográfica, el nivel educativo y el contexto social (predominantemente medio y medio-bajo). Al ser la muestra más homogénea, también resulta menos representativa.

Se incluyó en este grupo a aquellas pacientes que demandaron asistencia en los Centros de Salud Mental por depresión y cuyo diagnóstico fue confirmado, según los criterios que se acaban de detallar, hasta llegar a completar los 50 casos requeridos. A cada uno de los sujetos se le informó verbalmente que la exploración psicológica que se le iba a realizar sería utilizada en un estudio sobre anorexia, además de formar parte del proceso evaluador habitual.

La distribución por edades de este grupo se ofrece en la siguiente Tabla:

Tabla 26. *Muestra de pacientes deprimidas. Distribución por edades.*

Edades / sujetos.				Nº total.	Media.	D. Típica.
13 años.	14 años.	15 años.	16 años.			
7 sujetos.	10 sujetos.	8 sujetos.	25 sujetos.	50 sujetos.	15.02	1.13

III.3.4.- Muestra de No Pacientes.

Se trata, nuevamente, de una *muestra de conveniencia*, extraída de un Instituto Público de la zona sur de Madrid, el Instituto “José de Churriguera” de Leganés. Es una muestra semejante a la de pacientes deprimidas, tanto por nivel educacional como socioeconómico (medio, medio-bajo). Esta muestra constituye el **grupo de control**.

III.3.4.1.- Definición de caso.

Se consideró como sujeto susceptible de ser incluido en el grupo de control aquél que cumpliera los siguientes requisitos:

- **No paciente:** Entendiendo como tal a aquellas adolescentes que no hubieran demandado consulta en un Centro de Salud Mental ni hubieran requerido alguna ayuda de tipo psicológico o psiquiátrico en un centro público o privado, a lo largo de su vida.
- **Nivel intelectual de tipo medio:** Lo que se determinaba por el rendimiento académico, excluyéndose a aquellas alumnas que hubieran tenido que repetir algún curso.
- Se decidió de antemano que, una vez aplicadas las pruebas, únicamente se excluirían de esta muestra a aquellas adolescentes que en el test *Rorschach* tuvieran un Índice de Esquizofrenia positivo ($SCZI > 4$), pues la presencia de una patología tan grave podría distorsionar en gran medida los datos. No obstante, como era de esperar, no apareció ningún protocolo con esta característica.

Para que se cumplieran estos requisitos y para obtener el consentimiento y colaboración de los padres, condición indispensable en toda investigación con menores, se elaboró una carta destinada a tal fin. El profesor explicaba en la clase el contenido de la carta, que luego se enviaba a los padres a través de su hija y que debían devolver debidamente cumplimentada. La carta enviada se incluirá en el Apéndice 1, como ejemplo de un formato de solicitud de consentimiento informado y por si esta investigación fuera , en algún momento, replicada.

En todos los casos, se hizo una pequeña devolución de los resultados de los tests a cada sujeto participante, pretendiendo que la información aportada pudiera resultar de utilidad tanto a las adolescentes evaluadas como a sus familias. La detección de patología que pudiera realizarse en este grupo de control, contaba con la existencia de recursos clínicos que dieran respuesta y cobertura adecuada a los problemas psicológicos detectados, concretamente se derivaron varios casos al equipo de Salud Mental Infanto-juvenil de Leganés. Existe una tendencia cada vez mayor a desaconsejar la realización de estudios de

este tipo si no existieran dichos servicios asistenciales (Pedreira, & Sánchez, 1992).

Las edades de la muestra obtenida se ofrecen a continuación:

Tabla 27. *Muestra de no pacientes (grupo de control). Distribución por edades.*

Edades / sujetos.				Nº total.	Media.	D. Típica.
13 años.	14 años.	15 años.	16 años.			
5 sujetos.	10 sujetos.	20 sujetos.	15 sujetos.	50 sujetos.	14.90	0.95

III.4.- Procedimiento.

A continuación se pasa a describir cómo se administraron las pruebas en cada uno de los grupos. En esencia, el procedimiento ha sido el mismo para todos los sujetos, observándose leves variaciones en función de las peculiaridades de cada muestra, derivadas especialmente de su contexto.

- **General:**

- *Entrevista* inicial con la adolescente.
- Aplicación de *Rorschach* individual.
- Instrucciones para cumplimentar *MMPI*: aplicación individual.
- Aplicación individual de *CBCL* al padre o madre.
- Posterior comunicación de *resultados*.

- Las **peculiaridades** de cada grupo se concretan de la siguiente forma:

- *Pacientes anoréxicas*. Se les administraron las pruebas en el hospital, entre el 3º y 5º día después de su ingreso. Este periodo de tiempo se consideró necesario para que la paciente lograra una mínima adaptación a su nueva situación, habitualmente forzada:

⇒ La *entrevista* inicial tuvo como objetivo primordial explicar brevemente la finalidad del estudio y conseguir su colaboración. Se obtuvieron datos biográficos y se confirmó el diagnóstico de AN restrictiva. Se estableció una relación suficientemente fluida, que

permitiera aplicar *Rorschach* a continuación. De hecho, tras la primera entrevista, solamente se produjo una negativa a participar en el proyecto.

En 4 casos, se contó con protocolos *Rorschach* considerados inválidos por el escaso número de respuestas obtenido ($R < 14$). En todos ellos, siguiendo las directrices del *Sistema Comprensivo* (Exner, 1986, 1993/1994), se hizo una segunda aplicación de *Rorschach* inmediata, que subsanó esa dificultad.

⇒ Al aplicar *CBCL*, se explicó al padre/madre la finalidad del proyecto y se les informó que, una vez concluida la evaluación psicológica de su hija, se remitiría un informe al profesional responsable de su tratamiento, del que quedaría constancia en su historia clínica.

Habitualmente, los padres colaboraron con mucho interés y eran las madres las que se prestaban con más facilidad a contestar a nuestras preguntas. Por parte de los padres se observaba cierto temor a no conocer la información requerida sobre su hija.

⇒ Se elaboró un informe personal e individualizado para cada paciente. En general, se solicitaron informaciones adicionales, sobre todo por parte del personal de enfermería, ya que estas pacientes presentan bastantes dificultades en las interacciones que establecen.

➤ *Pacientes deprimidas*: Acudían al Centro de Salud Mental por sus problemas afectivos, aunque, en muchas ocasiones, la demanda la hacían los padres más que la propia paciente.

⇒ En la *entrevista* inicial, de evaluación, si se sospechaba la existencia de una depresión, se proponía el estudio psicológico, previo a la prescripción del tratamiento a seguir, según es práctica habitual. Se aplicó el *RDC-R* en todos los casos.

⇒ La comunicación de los resultados supuso el final de la evaluación y, en caso de considerarlo conveniente y aceptarlo, se inició el tratamiento propuesto.

➤ *Grupo de control.* Se aplicaron las pruebas en el propio Instituto:

⇒ En este caso la *entrevista* inicial tuvo sólo la finalidad de lograr un clima adecuado para que la aplicación de las pruebas no resultara intrusiva. Se obtuvieron datos biográficos, aficiones, etc. y se confirmó la ausencia de demandas previas de ayuda psicológica, lo que invalidaría su participación en el proyecto. Ningún caso tuvo que ser rechazado, pues ya se habían pre-seleccionado tras la carta de consentimiento.

⇒ La comunicación de *resultados* a los padres y la adolescente, tuvo lugar en una entrevista final. Esta devolución pretendía que la información proporcionada fuera útil, por lo que tenía que ser muy asequible. Al mismo tiempo, era muy importante no silenciar datos preocupantes, en caso de que los hubiera y, a la vez, no generar yatrogenia. En algún caso, cuando se detectó patología, se hizo la derivación correspondiente a su Centro de Salud Mental, donde la adolescente iba a ser atendida. En la mayoría de los casos, el motivo de la derivación fue una importante disfunción afectiva.

III.5.- Análisis de datos.

El procedimiento estadístico se inició con la construcción de la matriz de datos. Se incluyeron 205 variables para cada uno de los 150 sujetos que componen el total de la muestra: (a) 125 variables del test *Rorschach*, previamente analizadas en *Riap 2* (Exner, Cohen, & McGuire, 1990); (b) 80 variables entre *MMPI* y *CBCL*.

Posteriormente, se construyeron los ficheros pertinentes en el SPSS/PC+ (Versión 4.0), en sistema SYS. Este programa ha servido como base para todo el trabajo estadístico realizado (Sánchez Carrión, 1988), utilizándose, puntualmente, otros programas, que se irán mencionando.

III.5.1.- Dificultades metodológicas que plantea el test *Rorschach* en investigación.

Debido a los problemas que plantea el análisis de datos *Rorschach*, los textos dedicados a los métodos experimentales incluyen muy pocos ejemplos de investigaciones rigurosas (e incluso no estrictas) sobre *Rorschach*. Del mismo modo, los libros más actuales sobre medida y estadística parecen eludir con cuidado la confrontación con los temas espinosos que abundan en los análisis de los datos Rorschach (Exner, & Sendín, 1997).

Durante las tres o cuatro últimas décadas, la Psicología se ha beneficiado enormemente del desarrollo de métodos estadísticos muy elaborados. El extraordinario incremento de la aplicación de análisis de función discriminante, técnicas multivariantes, modelos de regresión múltiple y análisis factoriales, ha ido paralelo al desarrollo de la tecnología informática; con ello se han abierto muchas posibilidades para realizar análisis de datos, que se podrían considerar totalmente imposibles hace sólo 2 o 3 décadas (Carrasco, 1983). No obstante, algunas de las nuevas vías de acceso a los datos, no son las mejores posibles en el caso de *Rorschach*. Para empezar, muchas de sus variables no son paramétricas, es decir, no presentan una distribución normal de los datos, ni intervalos o rangos amplios. Otras variables *Rorschach*, habitualmente paramétricas, pueden presentar, a veces, distribuciones muy asimétricas, que invalidan el uso de los análisis paramétricos. En suma, debido a la amplia variedad de series de datos de este test, hay muy diversas formas de abordarlos y presentarlos. En condiciones óptimas, el análisis que se haya planificado previamente será suficiente, pero hay ocasiones en las que la mejor pre-planificación resultará insuficiente.

- El primer paso para analizar los datos *Rorschach*, al igual que ocurre con los resultados procedentes de los otros tests, es realizar un **examen exploratorio** de la distribución de las variables, antes de aplicar cualquier otra técnica estadística. En la mayoría de programas informáticos hay comandos que permiten identificar problemas en la normalidad, asimetría

y curtosis (skewness, kurtosis), heterogeneidad y presencia de casos extremos (outliers, extreme).

➤ Los *casos extremos* son importantes porque obligan a estudiarlos detenidamente, bien para ver si se trata de un error, incluso de grabación de la información, o, en caso negativo, para decidir cómo trabajar con ellos ya que se pretende que los resultados de los análisis estadísticos reflejen la mayoría de los datos, sin que éstos se vean fuertemente influenciados por uno o dos casos (Stevens, 1986). Entre las alternativas posibles que se citan (Viglione, 1995) está la de analizar los datos con y sin estos valores, para ver cómo repercuten en los estadísticos paramétricos y, de ser necesario, utilizar estadísticos no paramétricos. Otra opción propuesta consiste en transformar los datos, cuando su interpretación no se vea alterada: Por ejemplo, sustituir los movimientos inanimados, $m = 8$, por $m = 4$, en un grupo cuya puntuación siguiente más alta es $m = 3$; en cualquier caso, la interpretación es la misma, pudiendo hablar de la presencia de gran tensión situacional en el sujeto.

➤ También, como Hopkins y Weeks (1990) señalan, resulta muy importante prestar atención al tema de la *asimetría* y del *apuntamiento* o curtosis, muy olvidado en la investigación psicológica y que adquiere mayor relieve en *Rorschach*, donde, a menudo, las variables tienen distribuciones que, marcadamente, no se ajustan a la curva normal. De no ser así, se puede llegar a inferencias erróneas (Newell, & Hancock, 1984). Es probable que surjan problemas de heterogeneidad de las variables y, por extensión, de no normalidad como resultado de distribuciones asimétricas de los datos y de la presencia de casos extremos en la muestra.

• Un segundo paso lo constituye la **selección de métodos estadísticos adecuados**.

➤ Si la distribución es *razonablemente normal*, las aproximaciones paramétricas serán adecuadas para analizar los datos. En la mayoría de investigaciones psicológicas se usan

técnicas paramétricas: prueba t, análisis de varianza, análisis de covarianza, correlación y regresión. Pero incluso en estos casos, la interpretación deberá hacerse con cautela debido al rango restrictivo de muchas variables *Rorschach*.

➤ En cambio, si a través del análisis exploratorio de los datos se encuentra que una o más variables son marcadamente *no normales*, estamos ante un dilema que no tiene una solución clara y ante el que se presentan diversas opciones:

a) Utilizar *técnicas no paramétricas*. Cronbach (1949) y Exner (1991) sostienen que se hace necesario recurrir a las antiguas estrategias estadísticas para variables no paramétricas que, aún siendo menos consistentes, aseguran si los datos son verdaderamente significativos o no lo son y si una serie de diferencias intergrupos existe realmente. Sin embargo, con mucha frecuencia se ignoran estas advertencias y los investigadores son reacios a utilizar tales estrategias debido a que tienen menos potencia que los estadísticos paramétricos (siempre y cuando no se vulneren sus requisitos previos).

Exner (1991) proporciona una tabla sobre las variables *Rorschach* en las que puede ser o no conveniente utilizar análisis paramétricos sin transformaciones, aunque como señala Viglione (1995, pág.211) al reproducir esta tabla, no se pueden tomar decisiones rígidas ya que en un estudio, para una variable concreta será apropiado un análisis paramétrico, mientras que puede no serlo en otro estudio para esa misma variable. En definitiva, esta determinación es específica de cada investigación en particular y dependerá de la distribución concreta obtenida.

b) *Transformar las puntuaciones*, mediante métodos logarítmicos u otro tipo de transformaciones. Este método introduce complejidad en la interpretación de los resultados, ya que el significado cuantitativo de la escala resultante no está claro. Como advierte Exner (1992), pueden obtenerse igualmente resultados erróneos, debido a que las transformaciones

realizadas asumen la igualdad de distancia entre los valores, condición que no está presente en distribuciones no paramétricas.

c) Establecer *puntos de corte interpretativos*, cuando las relaciones de las variables son curvilíneas o discontinuas (Exner, 1991). Como señala Cronbach (1949), se podría sostener que, matemáticamente, las unidades son iguales pero, interpretativamente, no lo son. Por ejemplo, en la variable *Rorschach* de reflejos (*Fr* y *rF*) Exner distingue interpretativamente entre 0 (ausencia) y 1 (presencia), pero no entre la presencia de 2, 3 o más reflejos en un mismo protocolo. En estos casos, se establece un punto de corte y se puede calcular χ^2 (Siegel, & Castellan, 1988).

d) En otras ocasiones, la simple presentación de *estadísticos descriptivos* será la mejor forma de reflejar los datos *Rorschach*.

III.5.2.- Estadísticos preplanificados.

Se trata de un diseño de una variable independiente con tres factores: AN, D, NP.

Teniendo en cuenta las dificultades metodológicas del test *Rorschach* ya señaladas, se decidió incluir en los cálculos los siguientes estadísticos:

- **Estadísticos univariantes.** Se proporcionará una *estadística descriptiva* amplia que, además de facilitar información sobre los grupos evaluados, aportará una base más firme al tipo de análisis utilizado (Viglione, 1997), de forma que el lector pueda, en cada caso, juzgar por sí mismo la oportunidad o inadecuación del método estadístico empleado.

Como medidas de tendencia central, además de la *media* aritmética y de la *desviación típica*, para paliar la influencia de los casos extremos en algunas variables, se calculó la *media robusta*, según el procedimiento de Tukey, como mejor estimación de este estadístico (Martínez Arias, comunicación personal, Noviembre 1996) y, cuando ésta no fue posible,

porque la distribución estaba altamente centralizada alrededor de la mediana, la *media truncada*, que puede resultar de cierta utilidad (Sánchez Carrión, 1995).

Las medidas de *asimetría* y *curtosis* se incluirán para informar de la forma que adopta la distribución de las variables y en qué medida se alejan de la normalidad. Tal es, sobre todo, el caso de las puntuaciones que forman una curva en Jota, como ocurre con muchas variables *Rorschach*, en la que la mayoría de las puntuaciones quedan en uno, dos o tres puntos de la curva y muy pocas se desvían de esos puntos. Entre la variedad de estadísticos descriptivos disponibles en los casos en que las variables no se distribuían con normalidad, se emplearon, la *mediana* y el *recorrido intercuartil* (Sánchez Carrión, 1995).

Siguiendo los mismos criterios que Exner proporciona en sus datos normativos (1993/1994) y con el fin de que las tablas resulten comparables, se incluirá también la *puntuación mínima*, la *puntuación máxima*, y la *frecuencia* de cada una de las variables.

En este trabajo, se considerarán no paramétricas aquellas variables con $z \geq 1.96$ en el coeficiente de asimetría y apuntamiento (Martínez Arias, 1996; comunicación personal, Diciembre, 1996).

Para este análisis descriptivo se utilizó la instrucción EXAMINE (SPSS/PC+), procedimiento que pone en funcionamiento el Análisis Exploratorio de los datos de Tukey y que se puede considerar como complementario al análisis más tradicional del análisis univariante, implementado en los procedimientos de FRECUENCIAS y DESCRIPTIVES (Sánchez Carrión, 1995). El programa estadístico SPSS/PC+ (Versión 4.0) es el que se ha utilizado básicamente a lo largo de todo el trabajo.

- **Análisis de Varianza (AV).** Cuando se precisaba calcular la diferencia entre las medias de los tres grupos en una variable, al tratarse de una variable independiente con tres factores, el AV se realizó desde el comando ONEWAY del SPSS/PC+ (Martínez Arias, 1996a,

Octubre; en prensa).

En todos los casos, además de tener en cuenta la escala de medida, se cumplió el requisito de independencia de las muestras, fundamental en todas las investigaciones (Keppel, 1991). El supuesto de normalidad de las variables resultó menos importante en este trabajo, debido a la propia naturaleza de la muestra. Sin embargo el supuesto de homocedasticidad o igualdad de varianzas fue escrupulosamente respetado, siguiendo las tendencias más actuales de la investigación (Keppel, 1991), con una preocupación creciente por los errores que se derivan de su violación; se utilizó el *test de Bartlett* para poner a prueba éste supuesto.

Para ver la significación estadística de las diferencias observadas en los tres grupos se utilizó el *contraste F*. Los niveles de significación habitualmente aceptados fueron los de $\alpha=0.05$ y $\alpha = 0.01$, pero, como señalan Acklin y McDowell (1995), estos niveles, sacralizados en otras épocas, se cuestionan en la actualidad y se anima a los investigadores a que examinen no solo la probabilidad de que una hipótesis se cumpla o no, sino también a que examinen la magnitud de la relación entre las variables en cuestión.

Cuando se comprobó la existencia de diferencias significativas con una $p < 0.05$, hubo que ver entre qué medias se daban esas diferencias. A tal fin se utilizó en este trabajo el *contraste Tukey*, ya que como señalan Petrinovich y Hardyck (1969), presenta errores Tipo I más aceptables que otros estadísticos.

Cuando las variables no cumplían con el supuesto básico de homocedasticidad y, por ello, el contraste F resultaría inadecuado, se adoptó una doble solución:

a) Transformar los datos, siguiendo la *escalera de transformaciones* que propone Tukey y recoge Sánchez Carrión (1955, pp.239-243), con el programa estadístico SPSS/PC+. Cuando aún así no se conseguían distribuciones de varianzas iguales, no se recurrió a otras

transformaciones posibles, siguiendo las orientaciones de Martínez Arias (comunicación personal, Abril, 1998).

b) Utilizar un contraste no paramétrico, concretamente el test de *Kruskal-Wallis*, extensión del test de Mann-Whitney, que utiliza rangos y cuyo contraste permite que el nivel de medida de la variable dependiente sea ordinal.

Ambas soluciones tienen inconvenientes: (a) Las transformaciones realizadas a las variables producen escalas con un significado cuantitativo de interpretación dudosa y cuestionada; (b) El test de *Kruskal-Wallis*, al ser no paramétrico, es menos potente. Por ello, se emplearon ambos procedimientos y ambos se incluirán en las tablas de resultados, para que el lector disponga de la mayor información posible.

- **Potencia estadística.** Es la probabilidad $(1-\beta)$ de que se puedan detectar diferencias cuando realmente existen. En esta investigación se calculó con el *programa estadístico Bavy* (1992), en todas aquellas variables que, dadas sus características, cumplieran los requisitos del análisis de varianza. En las tablas se aportarán datos sobre los valores α , que indicarán si existen o no diferencias entre los grupos y los valores de la potencia, que señalarán la amplitud del efecto de esa diferencia.

Hace más de 30 años que Cohen (1962) demostró que los estudios con escasa potencia tienen una probabilidad menor del 50% de detectar diferencias significativas aunque de hecho existan. Posteriormente, en 1988, establece, de una forma un tanto arbitraria, que un estudio presenta una potencia aceptable cuando alcanza un valor de 0.80, es decir, cuando puede detectar un efecto ocho veces sobre diez. A pesar de sus advertencias, revisiones empíricas realizadas más recientemente por Rossi (1990) y por Sedlmeier y Gigerenzer (1989) indican que la mayoría de los estudios revisados tienen escasa potencia. Puede ser incluso preocupante el hecho de que pocos autores de mediados de los 80 mencionen la

potencia estadística de sus investigaciones y estas referencias en la bibliografía sobre *Rorschach* son prácticamente inexistentes (Viglione, 1995).

Acklin, McDowell y Orndoff (1992) revisaron una serie de trabajos con *Rorschach*, publicados en el *Journal of Personality Assessment* entre 1975 y 1990, periodo de emergencia del *Sistema Comprensivo* de Exner. En las investigaciones en las que fue posible, calcularon la potencia estadística según las directrices de Cohen (1962). Los resultados finales de esta investigación ofrecen datos evidentes de que la investigación con *Rorschach* arroja datos similares a los observados en otras áreas de las ciencias psicológicas. Además, se pudo comprobar que, cuando se usan criterios rigurosos al administrar y valorar la prueba (*Sistema Comprensivo*), se produce un incremento significativo de la potencia. Ésta es pues la primera evaluación empírica de que la estandarización del test de acuerdo con el *Sistema Comprensivo*, aumenta la calidad de la investigación con *Rorschach*.

- **Tamaño del efecto (η).** En aquellas variables en las que se realizó el análisis de varianza y se determinó la potencia estadística, se calculó también la cuantía de la asociación entre las variables (η) (Martínez Arias, 1996b, Octubre). La consideración del tamaño del efecto ayuda a valorar cuán importante puede ser un hallazgo, esto es, pone en evidencia cuándo un resultado significativo es también importante.

Sólo desde hace poco tiempo los editores y estadísticos (Keppel, 1991) recomiendan que el tamaño del efecto sea incluido habitualmente en los informes de investigación. A pesar de esto, algunos autores que apoyan su uso (Keppel, 1991; Strube, 1988; Strube, Gardner, & Hartmann, 1986), alertan contra el peligro de usarlo de una forma automática. Básicamente, el mismo tamaño del efecto puede tener diferentes implicaciones en distintos diseños de investigación.

Cohen (1977), proporciona datos orientativos para identificar la amplitud de los efectos. Habla de efectos pequeños cuando $r = 0.1$, de efectos medios cuando $r = 0.3$ y de efectos amplios cuando $r = 0.5$. Pero el acuerdo tampoco es mayoritario entre los diversos autores.

El tamaño del efecto se calculó desde el comando MEANS (SPSS/PC+).

Su inclusión en este trabajo tiene la ventaja de permitir futuras comparaciones de estos resultados con otros estudios que pudieran realizarse y diferir en cuanto a número de sujetos.

• **Ji-cuadrado (χ^2).** Este estadístico se utilizó en dos supuestos:

1. En determinadas variables, sobre todo las que no tienen una distribución normal, con muchos valores en torno al 0, rangos muy limitados y donde las relaciones no son lineales. En estos casos Exner (1991) propone cortes interpretativos y el uso de estadísticos no paramétricos, cuyas hipótesis son más consistentes con estas relaciones no lineales, concretamente χ^2 .
2. En aquellas variables que, a pesar de ser paramétricas, se haya establecido un punto de corte para separar lo esperable de lo que ya es indicativo de algún tipo de alteración psicológica. Por ejemplo, $Afr < 0.46$, como punto de corte por debajo del cual se puede hablar de evitación de la estimulación afectiva.

Este cálculo estadístico se realizó desde el comando CROSSTABS del SPSS/PC+.

Además, para un estudio más pormenorizado de las tablas (Sánchez Carrión, 1992), se realizó un *análisis de los residuos*, que permite ver no solo si las variables están relacionadas, sino la relación existente entre cada pareja de variables. De la magnitud del residuo se concluye la relación entre las categorías. El signo del residuo sirve para ver la dirección de la relación. Los residuos ajustados (Asresid) se interpretan como cualquier valor de una variable estandarizada en una distribución normal. Los valores superiores a \pm

1.96 son significativos al 0.05 (Sánchez Carrión, 1995). Cuando χ^2 no resulta significativo al nivel del 0.05, pero el análisis de los residuos si lo es, se incluirá este valor en las tablas de resultados para comentarlos como importantes ya que, probablemente, en muestras más grandes hubieran resultado significativos (Martínez Arias, comunicación personal, Abril, 1997).

En aquellos casos en que χ^2 no se pudo calcular porque en alguna de las casillas la frecuencia teórica era inferior a 5 (según otros autores inferior a 2), se dicotomizó la variable y se calculó el estadístico ϕ , según es práctica habitual (Martínez Arias, 1996b, Octubre).

- **Coefficiente de Contingencia (CC).** Cuando el estadístico de elección era χ^2 , al no poderse calcular ni la potencia estadística ni el tamaño del efecto, se recurrió al Coeficiente de Contingencia para ver el grado de dependencia, la covarianza ($0 \leq CC \leq 1$).

Se calculó también desde el comando CROSSTABS (CC) (SPSS/PC+), considerando aceptable un valor ≥ 0.30 (Martínez Arias, comunicación personal, Julio, 1997).

III.5.3.- Sesgos del examinador y uso de examinadores múltiples.

Otro de los temas que se suele descuidar en los diseños de investigación con *Rorschach* es el referente al efecto de sesgo que puede producirse cuando se emplea un solo examinador.

La posición “lado a lado” para el sujeto-examinador en la situación de examen, es la recomendada por el *Sistema Comprensivo* porque: (a) Parece disminuir la incomodidad de los sujetos que se sienten molestos cuando no pueden ver al examinador; (b) Reduce las influencias no verbales del examinador, en comparación con la posición frente a frente; (c) Facilita los procedimientos mecánicos de aplicación y encuesta del test (Exner, & Sendín,

1997). Aún así, la posibilidad de introducir algún sesgo continúa existiendo. Para paliarlo, Exner, Kinder y Curtis (1995) sugieren que lo ideal es que haya un investigador por cada 10-20% de sujetos y que, si se va a utilizar más de un grupo, los sujetos se asignen equilibradamente, de modo que cada examinador obtenga algunos protocolos de cada grupo. Estos autores señalan también que, si un examinador recoge más de 1/4 de la muestra total, será necesario revisar los datos obtenidos por esa persona para poder asegurar que la distribución general de las puntuaciones y, especialmente, la longitud del número total de respuestas no es significativamente diferente de la distribución de otros examinadores que hayan intervenido. Se recomiendan estos controles porque es posible que la actitud personal de un determinado examinador produzca protocolos de longitud significativamente mayor o menor que la de los demás. De todas formas, estos autores también acaban admitiendo que el número de examinadores expertos y disponibles es limitado y siempre hay que buscar un equilibrio entre lo ideal y lo óptimo, aunque insisten en que es necesario tener estos datos como marco de referencia.

En esta investigación la intervención de otros examinadores ha sido puntual y ha venido determinada, fundamentalmente, por las condiciones de accesibilidad a cada grupo en cuestión.

- La muestra de **pacientes anoréxicas** se obtuvo en los hospitales antes mencionados (Hospital del Niño Jesús, Madrid; Hospital de Móstoles; Hospital Universitario de Getafe) de la Comunidad de Madrid, permitiéndose el acceso únicamente al responsable de la investigación, a fin de que la obtención de la muestra no interfiriera el funcionamiento habitual de la planta hospitalaria. Por tanto, los 75 protocolos fueron obtenidos por la propia doctoranda, si bien se pueden hacer dos puntualizaciones al respecto:

1. Analizando los resultados descriptivos se puede afirmar que este hecho no afectó

significativamente a los datos, en especial, a la longitud de protocolos, como se puede comprobar en la siguiente tabla, donde consta el número de respuestas de cada uno de los grupos con sus estadísticos correspondientes; al no tratarse de variables paramétricas, éstos son la mediana (Mdna.) y el recorrido intercuartil (RIC):

Tabla 28. *Número de respuestas Rorschach en la muestra total.*

Muestra.	Número/sujetos.	Mdna.	RIC
Anoréxicas.	50	21.50	7.25
Deprimidas.	50	20.00	7.50
No pacientes.	50	24.00	10.00

Aún así, las diferencias entre las medias, se sometieron a análisis de varianza, por doble procedimiento: (1) Transformación logarítmica para lograr la homocedasticidad de las variables, obteniéndose un contraste $F = 2.622$ ($p = 0.076$), con una potencia estadística de 0.60; (2) Aplicación del contraste no paramétrico de Kruskal-Wallis, proporcionando un resultado de 3.75 ($p = 1.54$). En ninguno de los casos las diferencias resultan significativas, pudiéndose entender más bien como un mayor rendimiento y una mayor variabilidad propia del grupo de no pacientes, frente a las muestras patológicas, donde el rendimiento es algo menor y más homogéneo, pero todos ellos se mantienen dentro de los límites esperados.

2. La presencia de un solo examinador disminuye las variaciones en el proceso evaluador, con lo que mejora la validez interna de las pruebas de este grupo; en todo caso, afecta a la validez externa y a las posibilidades de generalización de los resultados (Martínez Arias, comunicación personal, Julio, 1997).

- La muestra de **pacientes deprimidas**, se obtuvo en dos Centros de Salud Mental (Leganés y Fuenlabrada), y se contó con la colaboración de C. Sendín, profesor adjunto de

los *Rorschach Workshops* que dirige J. Exner (Asheville, NC), que aplicó y valoró un 35% de estos protocolos.

- Finalmente, la muestra del **grupo de control**, al obtenerse en un Instituto (Leganés), debía recabarse en una época en la que los alumnos no tuvieran exámenes y en el menor tiempo posible, para que la interferencia en las clases fuera mínima. Por ello, fue preciso contratar a dos psicólogos, estudiantes del último curso de *Rorschach de Sistema Comprehensivo*, con lo que fueron tres los examinadores que recogieron los protocolos de este grupo, obteniendo, cada uno de ellos, 1/3 de la muestra. Las codificaciones de los protocolos de estos estudiantes fueron posteriormente contrastadas y vueltas a codificar por C. Sendín y la propia doctoranda, siendo ambas, en definitiva, las personas que codificaron el total de protocolos de la muestra.

III.5.4.- Acuerdo entre puntuadores.

Cuando se trata de una investigación, conviene comprobar la fiabilidad entre puntuadores pues, aunque los criterios de valoración dentro del *Sistema Comprehensivo* son homogéneos cuando se trata de examinadores cualificados, puede haber legítimas variaciones de opinión, que surgen porque la verbalización de la respuesta no ha sido suficientemente precisa como para indicar el criterio de valoración a seguir, o algún error, en general por omisión. A pesar de ello, el conjunto de todas esas diferencias debe ser muy pequeño entre un grupo de examinadores cualificados (Exner, & Sendín, 1997). Autores como Weiner (1991) llegan a decir que las investigaciones con *Rorschach* que no incluyan información sobre la fiabilidad inter puntuadores o en la que ésta sea inferior al 80% no deben ser aceptados para su publicación.

Algunos investigadores han intentado evaluar los niveles de acuerdo, calculando un tipo

de fiabilidad entre puntuadores. Con frecuencia, se ha utilizado para ello la fórmula de Spearman-Brown de las puntuaciones totales de cada variable, del cual derivan coeficientes de correlación. Sin embargo, Exner y Sendín (1997) consideran que éste no es el mejor sistema para enfocar los datos *Rorschach*, pues un cálculo más simple del porcentaje de acuerdo entre puntuadores puede resultar más exacto y comprensible. Para ello, basta una selección aleatoria del 25-30% de los protocolos o respuestas que forman parte del proyecto, pudiéndose calcular el acuerdo de dos maneras básicas:

1. Hallando porcentajes de coincidencia por segmentos o áreas de valoración, siendo estos segmentos: (a) Localización, incluyendo calidad evolutiva (*DQ*); (b) Determinantes; (c) Calidad formal (*FQ*); (d) Pares; (e) Contenidos; (f) Populares; (g) Actividad organizativa (*z*); (g) Códigos especiales. Si se usa este sistema, los porcentajes de acuerdo son bastante altos (Exner, & Sendín, 1997; Weiner, 1997a), excediendo el 90% para puntuaciones de localización, pares, populares y actividad organizativa; son algo más bajos para la calidad formal y contenidos y caen por debajo de 80% para determinantes y códigos especiales (Exner, 1991; Exner, & Sendín, 1997).

2. Cuando la valoración íntegra de cada respuesta sea esencial para el diseño de la investigación, se aconseja emplear un criterio más restrictivo, que consiste en seleccionar un porcentaje no inferior al 20% del número total de respuestas obtenidas, que deben ser valoradas por varios examinadores. Tras ello, se dividen los resultados, usando un procedimiento de “sí” o “no”, de modo que la categoría “sí” se emplea cuando la valoración completa de la respuesta es idéntica a la de otros puntuadores y la categoría “no”, cuando no lo es. Se trata de un criterio muy estricto, que proporciona niveles de acuerdo entre el 70% y 75%.

En esta investigación se ha considerado suficiente utilizar el acuerdo entre puntuadores

por segmentos (Exner, comunicación personal, Julio, 1992).

En la Tabla 29, que se incluye a continuación, se comparan los niveles de acuerdo recomendados por Exner y Sendín (1997) y por Weiner (1997a), con los obtenidos en esta investigación sobre un 15% de protocolos *Rorschach* seleccionados al azar del total de la muestra.

Tabla 29. *Porcentaje de acuerdo entre puntuadores Rorschach.*

Test Rorschach.	Acuerdos recomendados.		Acuerdos logrados.
	Exner, & Sendín, 1997	Weiner, 1997.	Interpuntuadores Tesis.
<i>Segmentos.</i>			
<i>Localización y DQ</i>	cercano al 100%	superior al 90%	93,5%
<i>Determinantes</i>	no inferior al 80%	alrededor del 80%	85%
<i>Calidad formal</i>	85%	alrededor del 90%	83,5%
<i>Pares</i>	cercano al 100%	superior al 90%	98%
<i>Contenidos</i>	85%	alrededor del 90%	92%
<i>Populares</i>	cercano al 100%	superior al 90%	100%
<i>Activid. Organizativa</i>	cercano al 100%	superior al 90%	96,5%
<i>Códigos especiales</i>	no inferior al 80%	alrededor del 80%	82%

IV.-RESULTADOS Y COMENTARIOS.

IV. 1.-TRASTORNO AFECTIVO: TESTS
RORSCHACH, MMPI y CBCL.

Recordemos que la primera hipótesis que se va a contrastar sostiene que la muestra de pacientes anoréxicas y la muestra de pacientes deprimidas no comparten un mismo tipo de trastorno afectivo (TAF).

A continuación se exponen, en primer lugar, los resultados de los tres instrumentos utilizados para poner a prueba esta hipótesis: *Rorschach*, *MMPI* y *CBCL*, analizándose únicamente aquellas variables previamente seleccionadas (Apartado III.2.1; III.2.2: III.2.3), que guardan relación con *ansiedad*, *depresión* y con criterios de *validez* y *fiabilidad*. En el caso del test *Rorschach*, valorado en su totalidad, se ofrecen tablas con los *estadísticos univariantes* de las 111 variables que usualmente se aportan en los datos normativos (Exner, & Weiner, 1995; Exner, 1993/1994), para cada uno de los grupos evaluados, a fin de proporcionar una visión más completa de las variables analizadas con este test pues, como opinan algunos autores (McGuire, Kinder, Curtis, & Viglione, 1995), la estadística descriptiva es imprescindible para que los estadísticos utilizados adquieran plena significación. Posteriormente se integrarán y sintetizarán los resultados de las variables que hayan resultado significativas (Apartado IV.1.4), lo que llevará a aceptar o rechazar la hipótesis propuesta inicialmente. Al ofrecer la síntesis de estos resultados, se incluirá la discusión que éstos puedan generar, siguiendo las directrices de Sternberg (1988/1996), que propone esta forma de presentación para lograr una mayor fluidez expositiva.

IV.1.1.- TEST RORSCHACH.

En el análisis exploratorio de los datos, se realizó una inspección de los mismos con el programa estadístico SPSS/PC+ (versión 4.0), utilizando el comando EXAMINE y estudiando los distintos gráficos (PLOT), tal y como recomienda Sánchez Carrión (1995) en su obra. Esta labor resulta insustituible en toda investigación rigurosa (Harwell, 1988).

Aunque se detectaron puntuaciones extremas, no se eliminó ningún caso, pues se pudo comprobar que no influían de forma muy significativa en los resultados. La presencia de estos casos extremos era esperable, en función del tamaño de la muestra, que resulta pequeña en términos estadísticos, aunque es bastante grande para un trabajo con el test *Rorschach*. Así se desprende de la revisión bibliográfica realizada ya que, cuando este test se ha utilizado en algún estudio, se ha aplicado a muestras muy pequeñas, de lo que se deriva un sesgo metodológico importantísimo. Probablemente este hecho se deba a: (a) El alto grado de especialización que requiere su uso; (b) El tiempo requerido para su aplicación y corrección, dado que es una prueba de aplicación individual y corrección manual; (c) Las dificultades que plantea para el tratamiento estadístico de los datos, tanto por el amplio número de variables que incluye, como por tratarse de variables que requieren diferentes aproximaciones estadísticas.

IV.1.1.1.- Estadística descriptiva.

Para el análisis estadístico de los datos, las edades de los sujetos fueron tomadas en su conjunto, formando un único grupo (13-16 años). No se mantuvieron los distintos niveles de edad por separado (13, 14, 15, 16 años), tal y como proponen Exner y Weiner (1995), por un doble motivo: (1) Evolutivamente, esta banda de edad, que abarca la pubertad y parte de la adolescencia, corresponde a un periodo del desarrollo con características bastante similares. Achenbach (1979) sostiene un criterio semejante a éste cuando construye su escala (*CBCL*) y especifica que los cambios cognitivos-emocionales, educacionales, sociales y físicos que tienen lugar entre los 12-16 años, hacen posible que este periodo pueda ser considerado conjuntamente. (2) Para mejorar la fiabilidad de los resultados en los ulteriores tratamientos estadísticos de los datos. Si se hubiera mantenido a los sujetos sin agrupar,

algunos estadísticos, como por ejemplo ji-cuadrado, muy sensible a un número de casos bajo en cualquiera de las celdas de la tabla de contingencia, hubieran resultado impracticables .

Tal y como se había establecido previamente (Apartado III.5.2), los estadísticos calculados para cada variable fueron: *media*; media robusta, según el procedimiento de Tukey (*M. Rob.*); desviación típica (*D. T.*), apareciendo en la tabla entre corchetes en aquellas variables en las que, probablemente, su valor es poco fiable o erróneo al ser dicha variable no paramétrica; puntuación mínima (*Min.*) y máxima (*Max.*); frecuencia (*Frec.*); mediana (*Mdna.*); recorrido intercuartil (*RIC*); asimetría (*Asim.*) y γ_2 curtosis o apuntamiento (*Cur*). Cuando la media robusta no se pudo calcular, debido a que la distribución estaba altamente centralizada alrededor de la mediana, se sustituyó por la *media truncada*, que se obtiene eliminando el 5% de los casos de cada lado de la distribución (Sánchez Carrión, 1995), apareciendo este resultado entre paréntesis en las tablas. El redondeo de decimales se practicó según el procedimiento habitual.

Se adoptó un nivel de confianza del 0.05, considerándose no paramétricas aquellas variables con $z \geq 1.96$ en el coeficiente de asimetría y en el coeficiente de curtosis (Martínez Arias, 1996). En otro contexto, probablemente hubiera sido suficiente considerar únicamente el coeficiente de asimetría pero, debido a la especial distribución de muchas variables *Rorschach*, se estimó más rigurosa la inclusión de ambos coeficientes para definir el criterio de *normalidad*.

Las tablas obtenidas según estos criterios se incluyen a continuación, siguiendo la forma de proceder de J. Exner a lo largo de toda su obra. Las **Tablas 30** (a, b, c, d) corresponden a las pacientes **anoréxicas**; Las **Tablas 31** (a, b, c, d) contienen los resultados de las pacientes **deprimidas**; Las **Tablas 32** (a, b, c, d) reflejan los resultados del **grupo de control**.

Tabla 30. Estadísticos descriptivos Rorschach de 50 Pacientes Anoréxicas (13-16 años).

Variable	Media	M.Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
R	22.44	21.20	[5.91]	14.00	42.00	50.00	21.50	20.00	7.25	1.16	1.66
W	11.88	11.34	5.25	3.00	24.00	50.00	11.00	7/13	8.25	0.53	-0.39
D	7.12	6.43	[4.42]	1.00	22.00	50.00	6.00	2.00	6.25	0.98	1.11
Dd	3.44	1.98	[4.05]	0.00	26.00	44.00	2.00	2.00	3.25	3.75	19.38
S	3.18	2.61	[2.48]	0.00	13.00	45.00	3.00	3.00	3.00	1.59	4.20
DQ+	6.46	5.87	[4.06]	1.00	21.00	50.00	6.50	7.00	6.00	1.05	1.92
Dqo	13.90	13.40	5.83	6.00	29.00	50.00	13.00	8.00	9.25	0.60	-0.46
DQv	0.98	0.84	[1.10]	0.00	4.00	29.00	1.00	0.00	2.00	1.10	0.70
DQv/+	1.10	0.91	1.23	0.00	4.00	29.00	1.00	0.00	2.00	0.96	-0.07
FQx+	0.06	(0.00)	0.31	0.00	2.00	2.00	0.00	0.00	0.00	5.60	32.44
FQxo	9.76	9.61	[2.84]	2.00	18.00	50.00	9.00	8.00	4.00	0.25	1.01
FQxu	6.84	6.44	3.62	0.00	17.00	49.00	7.00	9.00	5.00	0.47	0.13
FQx-	5.38	4.93	[3.51]	0.00	19.00	48.00	5.50	2/6	4.00	1.38	3.65
FQxsin	0.22	(0.19)	[0.42]	0.00	1.00	11.00	0.00	0.00	0.00	1.39	-0.06
MQ+	0.06	(0.00)	[0.31]	0.00	2.00	2.00	0.00	0.00	0.00	5.60	32.44
MQo	2.10	1.79	[1.62]	0.00	8.00	44.00	2.00	1/2	2.00	1.33	2.73
MQu	1.02	0.75	[1.38]	0.00	7.00	28.00	1.00	0.00	2.00	2.35	7.32
MQ-	1.10	0.40	[1.76]	0.00	7.00	25.00	0.50	0.00	1.00	2.14	4.14
MQsin	0.14	(0.10)	[0.35]	0.00	1.00	7.00	0.00	0.00	0.00	2.14	2.68
SQ-	1.32	0.91	[1.82]	0.00	10.00	29.00	1.00	0.00	2.00	2.68	10.06
M	4.46	3.39	[3.88]	0.00	20.00	47.00	3.50	3.00	2.50	2.32	6.44
FM	3.00	2.62	2.03	0.00	9.00	45.00	3.00	3.00	2.50	0.66	0.37
m	1.76	1.18	[1.91]	0.00	9.00	37.00	1.00	1.00	3.00	1.69	3.38
FM+m	4.76	4.46	2.72	0.00	12.00	48.00	4.00	4.00	3.25	0.59	0.20
FC	1.18	1.05	[1.16]	0.00	4.00	33.00	1.00	0.00	2.00	0.87	0.18
CF	2.50	1.77	[2.29]	0.00	11.00	41.00	2.00	2.00	3.00	1.43	2.76
C	0.18	(0.14)	[0.39]	0.00	1.00	9.00	0.00	0.00	0.00	1.72	0.99

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica.

- Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 30. Continuación (b).

Variable	Media	M.Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Medna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
Cn	0.00	0.00	[0.00]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
Sum C	3.94	3.27	[2.40]	0.00	12.00	48.00	3.00	3.00	4.00	1.04	1.67
Sum PondC	3.43	2.93	[2.46]	0.00	12.50	48.00	3.00	2.5/3	3.13	1.39	2.81
Sum C.	1.82	1.47	[1.67]	0.00	7.00	37.00	1.00	0/1	3.00	0.89	0.51
Sum T	0.64	0.48	[0.78]	0.00	3.00	25.00	0.50	0.00	1.00	1.28	1.69
Sum V	1.14	0.90	[1.34]	0.00	6.00	29.00	1.00	0.00	2.00	1.43	2.38
Sum Y	1.30	1.00	[1.67]	0.00	10.00	33.00	1.00	0.00	2.00	3.20	14.73
Sum SH	4.90	4.21	[3.25]	1.00	19.00	50.00	5.00	5.00	3.00	2.02	6.55
Fr+rF	0.76	(0.50)	[1.53]	0.00	8.00	19.00	0.00	0.00	1.00	3.15	11.16
FD	0.58	(0.44)	[0.97]	0.00	5.00	19.00	0.00	0.00	1.00	2.48	8.13
F	8.84	8.74	4.79	0.00	19.00	49.00	9.00	5.00	7.25	0.16	-0.90
(2)	6.32	5.14	[4.30]	0.00	24.00	49.00	5.00	4.00	4.25	1.80	4.92
3r+(2)/R	0.38	0.33	[0.23]	0.00	1.18	49.00	0.33	0.31	0.26	1.13	2.05
Lambda	0.84	0.60	[0.82]	0.00	4.75	49.00	0.63	1.00	0.70	2.66	9.79
EA	7.89	6.60	[4.74]	1.00	22.50	50.00	6.50	5/6	4.75	1.32	1.85
es	9.66	8.72	[5.18]	1.00	30.00	50.00	8.00	8.00	6.25	1.40	3.59
PuntD	-0.44	-0.51	1.77	-4.00	5.00	50.00	0.00	0.00	1.00	0.52	1.57
Adj D	0.04	(-0.01)	[1.55]	-4.00	5.00	50.00	0.00	0.00	0.25	0.68	2.65
a (activo)	4.22	3.69	[3.27]	0.00	14.00	46.00	3.50	3/6	4.00	1.09	1.15
p (pasivo)	5.08	4.40	[3.47]	0.00	20.00	48.00	5.00	4.00	3.00	1.87	6.17
Ma	1.60	1.22	[1.90]	0.00	11.00	35.00	1.00	1.00	3.00	2.67	11.29
Mp	2.90	2.05	[2.96]	0.00	15.00	44.00	2.00	2.00	1.25	2.46	6.77
Inelec.	1.92	0.84	[3.50]	0.00	18.00	29.00	1.00	0.00	2.00	3.25	11.40
Zf	14.80	14.24	5.05	5.00	29.00	50.00	14.50	13/16	7.00	0.64	0.61
Zd	-0.16	-0.15	5.31	-10.50	14.50	50.00	0.50	0.50	7.63	0.12	0.02
Complejas	4.68	3.53	[3.64]	0.00	17.00	45.00	4.00	3.00	3.25	1.32	1.97
Complj.Col.SH	1.06	0.81	[1.53]	0.00	9.00	27.00	1.00	0.00	2.00	3.06	13.95

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica.

- Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 30. Continuación (c).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Medna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
Afr	0.46	0.43	0.15	0.21	0.87	50.00	0.44	0.3/0.5	0.19	0.80	0.60
Populares	5.06	5.00	1.53	2.00	9.00	50.00	5.00	6.00	2.00	0.22	-0.29
X+	0.45	0.45	0.13	0.13	0.79	50.00	0.42	0.40	0.18	0.11	0.39
F+	0.44	0.43	0.26	0.00	1.00	46.00	0.44	.07/2/5	0.41	0.15	-0.56
X%	0.23	0.23	0.12	0.00	0.50	48.00	0.22	.13/26	0.18	0.25	-0.48
Xn%	0.31	0.31	0.12	0.00	0.55	49.00	0.31	0.39	0.17	-0.24	-0.23
S%	0.21	0.19	0.21	0.00	0.67	29.00	0.19	0.00	0.40	0.42	-1.21
Aislamiento/R	0.32	0.31	0.17	0.05	0.70	50.00	0.30	.17/25/3	0.25	0.43	-0.53
H	2.34	1.72	[2.11]	0.00	9.00	43.00	2.00	1.00	2.00	1.43	2.10
(H)	1.72	1.21	[2.03]	0.00	11.00	36.00	1.00	1.00	2.00	2.44	8.41
Hd	1.70	1.25	[2.44]	0.00	16.00	34.00	1.00	0.00	2.25	4.26	24.09
(Hd)	0.70	(0.62)	[0.86]	0.00	3.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.03	0.23
Hx	0.36	(0.22)	[0.83]	0.00	4.00	11.00	0.00	0.00	0.00	2.84	8.66
Todos Com. H	6.46	4.88	[4.90]	1.00	27.00	50.00	5.00	5.00	3.00	2.74	9.06
A	7.16	7.06	2.49	3.00	13.00	50.00	7.00	7.00	4.00	0.24	-0.67
(A)	0.38	(0.32)	[0.57]	0.00	2.00	17.00	0.00	0.00	1.00	1.19	0.52
Ad	2.52	2.01	1.83	0.00	7.00	46.00	2.00	1.00	3.00	0.65	-0.52
(Ad)	0.06	(0.01)	[0.24]	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	0.00	3.82	13.12
An	0.72	(0.57)	[1.16]	0.00	6.00	21.00	0.00	0.00	1.00	2.45	7.93
Am	0.48	(0.38)	[0.81]	0.00	4.00	17.00	0.00	0.00	1.00	2.19	6.13
Ay	0.32	(0.26)	[0.55]	0.00	2.00	14.00	0.00	0.00	1.00	1.53	1.53
Bl	0.30	(0.21)	[0.68]	0.00	4.00	12.00	0.00	0.00	0.25	3.65	17.63
Bt	2.38	1.95	1.92	0.00	8.00	42.00	2.00	1.00	3.00	0.83	0.44
Cg	1.78	1.10	[2.06]	0.00	8.00	35.00	1.00	0/1	2.25	1.62	2.33
Cl	0.12	(0.06)	[0.39]	0.00	2.00	5.00	0.00	0.00	0.00	3.45	12.38
Ex	0.18	(0.12)	[0.44]	0.00	2.00	8.00	0.00	0.00	0.00	2.45	5.73
Fi	0.48	(0.42)	[0.65]	0.00	2.00	20.00	0.00	0.00	1.00	1.02	-0.01
Fd	0.12	(0.08)	[0.33]	0.00	1.00	6.00	0.00	0.00	0.00	2.41	3.97

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica.
 - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 30. Continuación (d).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
Ge	0.30	(0.14)	[1.04]	0.00	7.00	9.00	0.00	0.00	0.00	5.80	37.35
Hh	0.44	(0.33)	[0.73]	0.00	3.00	17.00	0.00	0.00	0.00	2.00	4.36
Ls	0.66	(0.54)	[1.00]	0.00	4.00	20.00	0.00	0.00	0.00	1.00	2.14
Na	1.76	1.46	[1.62]	0.00	8.00	39.00	1.00	1.00	2.00	1.39	3.05
Sc	0.46	(0.31)	[0.91]	0.00	4.00	15.00	0.00	0.00	1.00	2.68	7.92
Sx	0.12	(0.01)	[0.52]	0.00	3.00	3.00	0.00	0.00	0.00	4.69	22.53
Xy	0.10	(0.06)	[0.30]	0.00	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.75	5.79
Idio	1.46	1.17	[1.49]	0.00	6.00	33.00	1.00	1.00	2.00	1.09	1.02
DV	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
INCOM	0.88	0.79	1.02	0.00	3.00	26.00	1.00	1.00	2.00	0.84	-0.50
DR	0.06	(0.01)	[0.24]	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	0.00	3.82	13.12
FABCOM	0.56	(0.39)	[1.15]	0.00	6.00	15.00	0.00	0.00	1.00	2.90	10.12
DV2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
INC2	0.08	(0.01)	[0.34]	0.00	2.00	3.00	0.00	0.00	0.00	4.64	22.60
DR2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
FAB2	0.18	(0.08)	[0.56]	0.00	3.00	6.00	0.00	0.00	0.00	3.68	14.62
ALOG	0.08	(0.01)	[0.34]	0.00	2.00	3.00	0.00	0.00	0.00	4.64	22.60
CONTAM	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
Sum6 CC.EE.	1.84	1.23	[2.14]	0.00	10.00	35.00	1.00	1.00	3.00	1.92	4.42
Sum6 CC.EE2	0.26	(0.12)	[0.80]	0.00	5.00	8.00	0.00	0.00	0.00	4.65	25.39
SumFond6	6.16	3.48	[8.83]	0.00	45.00	35.00	4.00	4.00	6.50	2.63	8.16
AB	0.54	(0.23)	[1.55]	0.00	8.00	11.00	0.00	0.00	0.00	3.95	16.09
AG	0.76	(0.58)	[1.25]	0.00	7.00	22.00	0.00	0.00	1.00	3.00	12.19
CFB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
COP	0.50	(0.44)	[0.76]	0.00	2.00	17.00	0.00	0.00	1.00	1.15	-0.25
CP	0.08	(0.01)	[0.34]	0.00	2.00	3.00	0.00	0.00	0.00	4.64	22.60
MOR	1.88	1.20	[2.04]	0.00	9.00	36.00	1.00	1.00	3.00	1.48	2.28
PER	1.36	(1.01)	[2.27]	0.00	10.00	24.00	0.00	0.00	2.00	2.38	5.82
PSV	0.34	(0.23)	[0.72]	0.00	4.00	13.00	0.00	0.00	1.00	3.18	13.32

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica. - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 31. Estadísticos descriptivos Rorschach de 50 Pacientes Deprimidas (13-16 años).

Variable	Media	M.Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
R	21.56	19.98	[6.11]	14.00	42.00	50.00	20.00	17.00	7.50	1.30	2.11
W	10.28	9.66	4.91	0.00	22.00	49.00	9.50	9.00	6.25	0.42	0.31
D	7.64	6.78	[5.21]	0.00	23.00	48.00	6.50	5.00	8.00	1.01	1.24
Dd	3.62	3.03	[2.96]	0.00	14.00	46.00	3.00	1.00	4.00	1.35	2.22
S	3.46	3.20	* 2.45	0.00	10.00	45.00	3.00	3.00	3.00	0.70	0.07
DQ+	5.06	4.78	3.15	0.00	13.00	45.00	5.00	4.00	3.25	0.44	0.30
DQo	13.98	12.38	[6.44]	4.00	37.00	50.00	13.00	12.00	5.25	1.61	3.69
DQv	1.20	0.96	[1.28]	0.00	5.00	33.00	1.00	1.00	2.00	1.32	1.65
DQv/+	1.32	0.84	[1.81]	0.00	8.00	30.00	1.00	0.00	2.00	2.31	6.09
FQx+	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
FQxo	8.48	8.39	3.12	1.00	18.00	50.00	8.00	7.00	4.00	0.28	0.85
FQxu	7.28	6.55	[3.77]	1.00	22.00	50.00	7.00	5/6/7	4.00	1.39	3.61
FQx-	5.52	5.07	[3.47]	0.00	18.00	48.00	5.00	8.00	5.00	1.01	2.17
FQxsin	0.28	(0.18)	[0.64]	0.00	3.00	10.00	0.00	0.00	0.00	2.60	7.02
MQ+	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
MQo	1.42	1.19	1.40	0.00	5.00	33.00	1.00	0.00	2.00	0.82	-0.01
MQu	1.04	0.38	[1.34]	0.00	5.00	25.00	0.50	0.00	2.00	1.25	0.79
MQ-	0.50	(0.42)	[0.76]	0.00	3.00	18.00	0.00	0.00	1.00	1.44	1.38
MQsin	0.02	(0.00)	[0.14]	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	7.07	50.00
SQ-	1.30	1.10	[1.27]	0.00	5.00	35.00	1.00	1.00	2.00	1.04	0.63
M	2.98	2.62	[2.47]	0.00	11.00	43.00	3.00	1.00	3.00	1.21	1.91
FM	2.54	2.27	1.78	0.00	7.00	44.00	2.00	1.00	3.00	0.40	-0.62
m	1.42	1.02	[1.57]	0.00	7.00	35.00	1.00	1.00	2.00	1.58	2.61
FM+m	3.96	3.82	2.33	0.00	11.00	48.00	4.00	5.00	3.25	0.55	0.51
FC	1.26	0.91	[1.45]	0.00	6.00	34.00	1.00	1.00	2.00	1.85	3.63
CF	2.06	1.87	[1.62]	0.00	8.00	41.00	2.00	3.00	2.00	1.04	2.27
C	0.22	(0.13)	[0.58]	0.00	2.00	7.00	0.00	0.00	0.00	2.54	5.14

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica. - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 31. Continuación (b).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdn	Moda	RIC	Asim.	Curt.
Cn	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
Sum C	3.54	2.46	[2.64]	0.00	11.00	46.00	3.00	2.00	3.00	1.03	0.59
Sum PondC	3.02	2.09	[2.33]	0.00	8.50	46.00	2.00	2.00	2.50	0.92	-0.03
Sum C'	2.54	2.39	2.18	0.00	8.00	38.00	3.00	0.00	3.25	0.60	-0.36
Sum T	0.76	(0.66)	[1.00]	0.00	4.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.40	1.54
Sum V	1.14	1.00	[1.21]	0.00	6.00	31.00	1.00	0.00	2.00	1.44	3.69
Sum Y	1.02	0.37	[1.42]	0.00	7.00	25.00	0.50	0.00	2.00	1.96	5.18
Sum SH	5.46	5.13	3.38	0.00	13.00	45.00	5.00	4.00	4.25	0.31	-0.27
Fy+yF	0.34	(0.20)	[0.85]	0.00	4.00	9.00	0.00	0.00	0.00	2.83	8.13
FD	0.54	(0.49)	[0.65]	0.00	2.00	23.00	0.00	0.00	1.00	0.79	-0.36
F	9.50	8.42	[6.03]	1.00	32.00	50.00	8.00	4.00	8.00	1.34	2.63
(2)	5.28	4.95	3.34	0.00	14.00	46.00	5.00	6.00	4.25	0.40	-0.14
3r+(2)/R	0.29	0.27	0.19	0.00	0.91	47.00	0.28	.29/30	0.23	0.80	1.03
Lambda	1.28	0.63	[2.21]	0.08	15.00	50.00	0.68	.40/1.	0.96	5.17	31.12
EA	6.00	5.41	[3.68]	0.00	19.50	48.00	5.25	3./4.	5.00	1.20	2.60
es	9.42	9.03	5.00	0.00	24.00	49.00	9.00	9.00	6.00	0.45	0.54
PuntD	-1.08	-0.90	1.50	-5.00	3.00	50.00	-1.00	0.00	2.00	-0.43	0.79
Adj D	-0.64	-0.61	[1.26]	-4.00	4.00	50.00	0.00	0.00	1.00	0.23	3.47
a (activo)	3.58	3.45	2.40	0.00	9.00	44.00	4.00	4.00	3.00	0.40	-0.20
p (pasivo)	3.40	3.06	[2.47]	0.00	11.00	47.00	3.00	3.00	4.00	0.99	0.82
Ma	1.16	0.93	[1.33]	0.00	6.00	30.00	1.00	0.00	2.00	1.37	2.21
Mp	1.84	1.36	[1.72]	0.00	7.00	40.00	1.00	1.00	2.00	1.26	1.26
Intelec.	2.02	0.94	[2.31]	0.00	7.00	30.00	1.00	0.00	3.00	0.95	-0.28
Zf	13.38	13.55	4.84	1.00	23.00	50.00	13.00	10/13/14	6.00	-0.26	0.43
Zd	0.34	0.29	5.03	-11.00	10.50	50.00	0.00	-3.5	6.50	-0.03	-0.02
Complejas	3.76	3.04	[3.11]	0.00	12.00	44.00	3.00	2.00	3.25	1.04	0.67
Complj, Col, SH	0.90	0.39	[1.20]	0.00	4.00	25.00	0.50	0.00	1.00	1.38	0.99

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica. - Las puntuaciones de medias *robustas* entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 31. Continuación (c).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
<i>Afr</i>	0.48	0.42	[0.21]	0.21	1.29	50.00	0.43	0.42	0.19	1.92	4.58
<i>Populares</i>	4.56	4.08	2.11	1.00	10.00	50.00	4.00	¾	3.00	0.52	-0.09
X+%	0.40	0.40	0.14	0.07	0.74	50.00	0.39	.33/.35	0.20	0.13	-0.14
F+%	0.40	0.37	0.24	0.00	1.00	46.00	0.40	0.50	0.26	0.54	0.42
X-%	0.25	0.24	[0.14]	0.00	0.73	48.00	0.25	.25/.29	0.16	0.68	1.74
Xn%	0.33	0.33	0.12	0.05	0.60	50.00	0.32	0.41	0.16	-0.06	-0.01
S-%	0.25	0.21	[0.24]	0.00	1.00	35.00	0.23	0.00	0.38	1.20	1.90
<i>Aislamiento/R</i>	0.27	0.25	0.18	0.00	0.70	46.00	0.26	0/26	0.28	0.53	-0.36
H	1.62	1.25	[1.66]	0.00	7.00	36.00	1.00	0/1	2.00	1.52	2.79
(H)	0.84	0.74	[0.98]	0.00	4.00	27.00	1.00	0.00	1.00	1.16	1.10
Hd	1.44	0.89	[1.95]	0.00	10.00	31.00	1.00	0.00	2.00	2.37	7.20
(Hd)	0.78	(0.68)	[1.02]	0.00	4.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.32	1.21
Hx	0.32	(0.16)	[0.89]	0.00	4.00	8.00	0.00	0.00	0.00	3.28	10.88
<i>Todos Com. H</i>	4.68	4.03	3.34	0.00	14.00	45.00	4.00	2/6	4.00	0.85	0.62
A	7.22	6.88	2.73	3.00	15.00	50.00	7.00	7.00	4.00	0.69	0.08
(A)	0.36	(0.27)	[0.66]	0.00	3.00	14.00	0.00	0.00	1.00	2.08	4.64
Ad	2.76	2.38	[2.29]	0.00	12.00	44.00	2.50	1/3	3.00	1.60	4.35
(Ad)	0.22	(0.12)	[0.58]	0.00	3.00	8.00	0.00	0.00	0.00	3.19	11.33
An	0.82	(0.70)	[1.06]	0.00	4.00	24.00	0.00	0.00	1.25	1.33	1.44
Am	0.82	(0.74)	[1.08]	0.00	3.00	23.00	0.00	0.00	1.00	1.08	-0.20
Ay	0.44	(0.36)	[0.76]	0.00	3.00	15.00	0.00	0.00	1.00	1.66	1.97
Bl	0.38	(0.27)	[0.73]	0.00	3.00	14.00	0.00	0.00	1.00	2.28	5.43
Bt	1.92	1.55	1.76	0.00	7.00	36.00	2.00	0.00	3.00	0.81	0.24
Cg	1.42	1.14	[1.42]	0.00	5.00	34.00	1.00	0.00	2.00	0.96	0.20
Cl	0.10	(0.06)	[0.30]	0.00	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.75	5.79
Ex	0.22	(0.12)	[0.58]	0.00	3.00	8.00	0.00	0.00	0.00	3.19	11.33
Fi	0.72	(0.62)	[0.97]	0.00	4.00	22.00	0.00	0.00	1.00	1.30	1.36
Fd	0.10	(0.06)	[0.30]	0.00	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.75	5.79

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica.
 - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 31. (continuación) (d).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Medna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
Ge	0.34	(0.27)	[0.59]	0.00	2.00	14.00	0.00	0.00	1.00	1.58	1.54
Hh	0.86	(0.66)	[1.37]	0.00	7.00	23.00	0.00	0.00	1.00	2.59	8.46
Ls	0.62	(0.41)	[1.24]	0.00	6.00	16.00	0.00	0.00	1.00	2.83	8.94
Na	1.34	1.04	[1.42]	0.00	5.00	32.00	1.00	0.00	2.00	1.00	0.22
Sc	0.48	(0.38)	[0.76]	0.00	3.00	18.00	0.00	0.00	1.00	1.80	3.23
Sx	0.16	(0.12)	[0.37]	0.00	1.00	8.00	0.00	0.00	0.00	1.91	1.73
Xy	0.02	(0.00)	[0.14]	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	7.07	50.00
Idio	1.38	1.15	[1.35]	0.00	6.00	36.00	1.00	1.00	2.25	1.16	1.37
DV	0.06	(0.01)	[0.24]	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	0.00	3.82	13.12
INCOM	0.90	(0.73)	[1.28]	0.00	5.00	23.00	0.00	0.00	2.00	1.71	2.86
DR	0.10	(0.01)	[0.42]	0.00	2.00	3.00	0.00	0.00	0.00	4.24	17.29
FABCOM	0.74	(0.62)	[1.01]	0.00	5.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.93	5.38
DV2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
INC2	0.12	(0.08)	[0.33]	0.00	1.00	6.00	0.00	0.00	0.00	2.41	3.97
DR2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
FAB2	0.36	(0.24)	[0.78]	0.00	3.00	11.00	0.00	0.00	0.00	2.26	4.47
ALOG	0.10	(0.06)	[0.30]	0.00	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.75	5.79
CONTAM	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
Sum6 CC.EE.	2.38	1.93	[2.28]	0.00	10.00	38.00	2.00	0.00	3.25	1.15	1.37
Sum6 CC.EE2	0.48	(0.37)	[0.91]	0.00	3.00	14.00	0.00	0.00	1.00	1.93	2.70
SumFond6	8.62	6.17	[8.79]	0.00	33.00	38.00	7.00	0.00	10.75	1.27	1.28
AB	0.38	(0.27)	[0.75]	0.00	3.00	13.00	0.00	0.00	1.00	2.22	4.71
AG	0.64	(0.50)	[1.05]	0.00	4.00	18.00	0.00	0.00	1.00	1.79	2.84
CFB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
COP	0.46	(0.40)	[0.68]	0.00	2.00	18.00	0.00	0.00	1.00	1.18	0.19
CP	0.06	(0.01)	[0.24]	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	0.00	3.82	13.12
MOR	1.72	0.98	[2.33]	0.00	11.00	30.00	1.00	0.00	3.00	2.16	5.55
PER	1.54	0.76	[2.09]	0.00	10.00	28.00	1.00	0.00	2.25	1.87	4.32
PSV	0.42	(0.30)	[0.81]	0.00	3.00	14.00	0.00	0.00	1.00	2.19	4.37

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica. - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 32. Estadísticos descriptivos Korschach de 50 No Pacientes (13-16).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdn	Moda	RIC	Asim.	Curt.
R	24.98	22.70	[9.01]	14.00	58.00	50.00	24.00	27.00	10.00	1.39	2.54
W	12.08	11.34	[5.43]	2.00	29.00	50.00	11.50	9.00	6.50	0.90	1.40
D	8.52	7.08	[5.25]	1.00	23.00	50.00	7.00	5/6	7.00	1.08	0.72
Dd	4.38	3.28	[4.70]	0.00	32.00	48.00	3.50	4.00	3.00	4.39	24.67
S	3.42	3.11	2.48 [†]	0.00	10.00	47.00	3.00	1.00	4.00	0.80	0.09
DQ+	5.66	4.68	[3.37]	0.00	14.00	49.00	5.00	4.00	4.00	0.91	0.01
DQo	16.08	14.99	[6.83]	8.00	50.00	50.00	15.00	15.00	8.00	2.64	11.48
DQv	1.94	1.23	[2.05]	0.00	8.00	37.00	1.00	1.00	3.00	1.38	1.56
DQv+	1.30	0.93	[1.56]	0.00	6.00	27.00	1.00	0.00	2.00	1.17	0.89
FQx+	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
FQxo	10.30	10.43	2.72	3.00	16.00	50.00	10.00	10.00	3.25	-0.30	-0.04
FQxu	7.78	6.98	[4.84]	0.00	26.00	49.00	7.00	5.00	5.25	1.33	3.11
FQx-	6.48	5.39	[4.11]	1.00	19.00	50.00	5.50	3/5	5.00	1.23	1.18
FQxsin	0.40	(0.27)	[0.86]	0.00	4.00	12.00	0.00	0.00	0.25	2.55	6.86
MQ+	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
MQo	1.38	1.33	1.01	0.00	4.00	41.00	1.00	1.00	1.00	0.53	-0.29
MQu	0.78	(0.63)	[1.11]	0.00	5.00	23.00	0.00	0.00	1.00	1.85	3.97
MQ-	0.62	(0.51)	[0.88]	0.00	4.00	22.00	0.00	0.00	1.00	1.78	3.85
MQsin	0.04	(0.00)	[0.20]	0.00	1.00	2.00	0.00	0.00	0.00	4.84	22.33
SQ-	1.20	1.18	0.99	0.00	3.00	35.00	1.00	0/1/2	2.00	0.24	-1.04
M	2.82	2.31	[1.97]	0.00	9.00	47.00	2.00	2.00	3.00	1.08	1.28
FM	3.18	2.73	2.08	0.00	9.00	47.00	3.00	3.00	2.50	0.72	0.32
m	1.74	1.23	[1.79]	0.00	7.00	36.00	1.00	0/1	2.25	1.27	1.33
FM+m	4.92	4.67	2.80	0.00	14.00	48.00	5.00	4.00	3.25	0.67	1.03
FC	1.74	1.61	1.35	0.00	5.00	39.00	2.00	2.00	2.00	0.50	-0.24
CF	1.66	1.18	[1.81]	0.00	8.00	36.00	1.00	1.00	2.00	1.73	3.34
C	0.30	(0.22)	[0.61]	0.00	2.00	11.00	0.00	0.00	0.00	1.92	2.54

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica. - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 32. Continuación (b).

Variable	Media	M.Rob.	D.T.	Mín.	Max.	Frec.	Medna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
Ch	0.06	(0.01)	[0.24]	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	0.00	3.82	13.12
Sum C	3.76	3.05	[2.77]	0.00	14.00	48.00	3.00	2.00	4.00	1.29	2.35
Sum Pondc	2.99	1.89	[2.39]	0.00	10.50	48.00	2.00	1.00	3.50	1.07	0.64
Sum C.	1.96	1.03	[2.36]	0.00	9.00	34.00	1.00	0.00	3.00	1.59	2.12
Sum T	0.44	(0.29)	[0.93]	0.00	5.00	14.00	0.00	0.00	1.00	3.12	11.94
Sum V	0.94	(0.76)	[1.39]	0.00	6.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.96	3.88
Sum Y	1.02	(0.80)	[1.61]	0.00	7.00	23.00	0.00	0.00	1.00	2.08	4.34
Sum SH	4.38	2.68	[4.63]	0.00	19.00	42.00	3.00	2.00	5.00	1.59	2.18
Fr+VF	0.76	(0.51)	[1.60]	0.00	9.00	16.00	0.00	0.00	1.00	3.35	14.15
FD	1.38	0.84	[1.66]	0.00	6.00	32.00	1.00	0/1	2.00	1.44	1.26
F	11.32	9.87	[5.67]	4.00	38.00	50.00	10.00	9.00	5.25	2.37	9.03
(2)	6.28	5.43	[3.65]	0.00	17.00	49.00	5.00	4.00	5.00	0.95	0.86
3r+(2)/R	0.35	0.32	{0.21}	0.05	1.27	50.00	0.32	0.22	0.26	1.73	5.88
Lambda	1.10	0.84	[0.86]	0.24	4.33	50.00	0.90	1.00	0.97	1.86	4.15
EA	5.81	4.84	3.49	1.00	15.50	50.00	5.00	3.00	5.13	0.87	0.00
Es	9.30	7.26	[6.36]	0.00	28.00	49.00	7.00	5.00	7.25	1.29	1.44
Pumd	-0.98	(-0.88)	[1.68]	-5.00	3.00	50.00	0.00	0.00	1.00	-1.13	1.22
Adj D	-0.50	(-0.48)	{1.23}	-4.00	3.00	50.00	0.00	0.00	1.00	-0.65	1.98
a (activo)	4.04	3.83	2.59	0.00	10.00	47.00	4.00	2.00	4.00	0.46	-0.58
p (pasivo)	3.72	3.21	[2.81]	0.00	12.00	45.00	3.00	3.00	3.00	1.10	1.35
Ma	1.24	1.05	[1.22]	0.00	5.00	35.00	1.00	1.00	2.00	1.20	1.28
Mp	1.58	1.33	[1.36]	0.00	5.00	40.00	1.00	1.00	1.00	1.02	0.65
Intelec.	1.96	1.12	[2.34]	0.00	10.00	31.00	1.00	0.00	3.00	1.56	2.71
Zf	15.46	14.65	6.44	2.00	34.00	50.00	14.50	20.00	9.00	0.68	0.64
Zd	-2.53	-3.04	4.57	-10.50	7.50	50.00	-3.00	-4./-0.5	6.25	0.43	-0.37
Complejas	3.68	2.19	[3.64]	0.00	15.00	42.00	2.50	2.00	4.00	1.36	1.42
Complj.Col.SH	0.80	(0.60)	[1.40]	0.00	6.00	19.00	0.00	0.00	1.00	2.19	4.60

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica. - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 32. Continuación (c).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdna	Mdna	RIC	Asim.	Curt.
Afr	0.47	0.46	1.51	1.00	8.00	50.00	5.00	5.00	0.23	0.17	-0.43
Populares	5.00	5.00									0.16
X+%	0.44	0.42	0.13	0.19	0.71	50.00	0.42	0.33	0.20	0.41	-0.39
F+%	0.43	0.43	0.18	0.00	0.75	48.00	0.41	0.50	0.26	-0.10	-0.11
X%	0.25	0.25	0.10	0.04	0.47	50.00	0.25	0.25	0.15	0.13	-0.65
Xn%	0.30	0.30	0.12	0.00	0.63	49.00	0.31	0.25/0.32	0.14	0.02	0.59
S-%	0.21	0.20	0.19	0.00	0.67	33.00	0.20	0.00	0.33	0.64	-0.28
Atisamiento/R	0.31	0.29	0.16	0.06	0.81	50.00	0.29	0.29	0.25	0.71	0.78
H	1.90	1.35	[1.95]	0.00	10.00	41.00	1.00	1.00	1.00	2.12	5.76
(H)	0.92	0.74	[1.12]	0.00	4.00	28.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.61
Hd	2.20	1.57	[2.22]	0.00	12.00	41.00	2.00	2.00	1.00	2.00	6.80
(Hd)	0.54	(0.49)	[0.68]	0.00	2.00	22.00	0.00	0.00	0.00	1.00	-0.34
Hx	0.26	(0.23)	[0.44]	0.00	1.00	13.00	0.00	0.00	0.00	1.00	-0.76
Todos Com. H	5.56	4.88	[3.46]	0.00	17.00	49.00	5.00	5.00	5.00	4.00	2.76
A	7.68	7.33	2.82	3.00	15.00	50.00	7.00	6.00	3.25	0.60	0.01
(A)	0.20	(0.14)	[0.45]	0.00	2.00	9.00	0.00	0.00	0.00	2.21	4.47
Ad	2.30	1.63	[2.53]	0.00	15.00	41.00	2.00	2.00	1.00	2.00	12.24
(Ad)	0.54	(0.31)	[1.49]	0.00	10.00	15.00	0.00	0.00	1.00	5.50	34.62
An	1.16	1.01	1.22	0.00	4.00	30.00	1.00	1.00	2.00	0.81	-0.23
Ar	0.70	(0.57)	[1.09]	0.00	5.00	20.00	0.00	0.00	0.00	1.00	4.05
Ay	0.22	(0.14)	[0.51]	0.00	2.00	9.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.77
Bl	0.28	(0.20)	[0.57]	0.00	2.00	11.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.94
Bl	2.64	2.50	1.94	0.00	7.00	43.00	2.50	1/4	3.00	0.39	-0.75
Cg	1.68	1.17	[1.79]	0.00	7.00	39.00	1.00	1.00	1.00	1.73	2.86
Cl	0.20	(0.17)	[0.40]	0.00	1.00	10.00	0.00	0.00	0.00	1.55	0.41
Ex	0.12	(0.03)	[0.50]	0.00	3.00	4.00	0.00	0.00	0.00	4.98	27.54
Fl	0.60	(0.51)	[0.86]	0.00	4.00	21.00	0.00	0.00	1.00	1.70	3.68
Fd	0.22	(0.14)	[0.51]	0.00	2.00	9.00	0.00	0.00	0.00	2.31	4.77

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica. - Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 32. Continuación (d).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
Ge	0.24	(0.09)	[0.77]	0.00	4.00	6.00	0.00	0.00	0.00	3.73	14.35
Hh	0.62	(0.56)	[0.81]	0.00	3.00	22.00	0.00	0.00	0.00	1.06	0.20
Ls	1.04	(0.82)	[1.75]	0.00	6.00	20.00	0.00	0.00	0.00	1.84	2.43
Na	1.70	1.16	[1.83]	0.00	7.00	34.00	1.00	0.00	0.00	1.21	1.07
Sc	0.56	(0.47)	[0.84]	0.00	3.00	19.00	0.00	0.00	0.00	1.43	1.32
Sx	0.02	(0.00)	[0.14]	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	7.07	50.00
Xy	0.08	(0.03)	[0.27]	0.00	1.00	4.00	0.00	0.00	0.00	3.19	8.53
Idio	2.00	1.25	[2.14]	0.00	9.00	38.00	1.00	1.00	2.25	1.51	1.96
DV	0.08	(0.03)	[0.27]	0.00	1.00	4.00	0.00	0.00	0.00	3.19	8.53
INCOM	1.10	0.91	[1.23]	0.00	5.00	29.00	1.00	0.00	2.00	1.10	0.84
DR	0.04	(0.00)	0.20	0.00	1.00	2.00	0.00	0.00	0.00	4.84	22.33
FABCOM	0.48	(0.38)	[0.81]	0.00	3.00	16.00	0.00	0.00	1.00	1.72	2.30
DV2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
INC2	0.02	(0.00)	[0.14]	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	7.07	50.00
DR2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
FAB2	0.08	(0.03)	[0.27]	0.00	1.00	4.00	0.00	0.00	0.00	3.19	8.53
ALOG	0.08	(0.01)	[0.34]	0.00	2.00	3.00	0.00	0.00	0.00	4.64	22.60
CONTAM	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
Sum6 C.C.EE.	1.88	1.44	[1.83]	0.00	8.00	38.00	1.00	1.00	2.25	1.30	1.95
Sum6 C.C.EE2.	0.10	(0.06)	[0.30]	0.00	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.75	5.79
SumFond6	5.36	4.36	[5.52]	0.00	25.00	38.00	4.00	0.00	8.25	1.34	2.10
AB	0.52	(0.40)	[0.89]	0.00	4.00	17.00	0.00	0.00	1.00	2.04	4.54
AG	0.50	(0.44)	[0.68]	0.00	2.00	20.00	0.00	0.00	1.00	1.02	-0.12
CFB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
COP	0.54	(0.47)	[0.73]	0.00	3.00	21.00	0.00	0.00	1.00	1.31	1.41
CP	0.10	(0.03)	[0.36]	0.00	2.00	4.00	0.00	0.00	0.00	3.96	16.48
MOR	1.26	1.04	[1.31]	0.00	6.00	34.00	1.00	1.00	2.00	1.44	2.64
PER	1.74	1.04	[2.02]	0.00	7.00	31.00	1.00	0.00	2.25	1.29	1.01
PSV	0.22	(0.14)	[0.51]	0.00	2.00	9.00	0.00	0.00	0.00	2.31	4.77

Nota: - Las desviaciones típicas entre corchetes indican que, probablemente, su valor es poco fiable al ser la variable no paramétrica.

- Las puntuaciones de medias robustas entre paréntesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Con respecto a estas Tablas cabe mencionar sólo unos breves comentarios, ya que los datos descriptivos son, por sí mismos, suficientemente elocuentes.

- Los datos normativos de la muestra de **no pacientes** difieren bastante de los que obtiene Exner con población adolescente americana (Exner, & Weiner, 1995). Podemos considerar:
(a) Por una parte, en la muestra española encontramos 22 variables paramétricas (20%) frente a las 63 variables paramétricas que aparecen en la muestra americana (57%). Este resultado era esperable y guarda relación con los tamaños muestrales: 50 adolescentes españolas entre 13 y 16 años, frente a 465 adolescentes americanos en los mismos intervalos de edad. Según el teorema central de límite, a medida que el número de sujetos aumenta cualquier variable tiende a aproximarse a la distribución normal, aunque inicialmente no fuera así. (b) Por otra parte, hay muchas variables en las que las diferencias entre la muestra española y la muestra americana son muy evidentes y llamativas. Por ejemplo, nuestras adolescentes tienen un Lambda altísimo ($L = 1.10$), casi el doble que los jóvenes americanos ($L \approx 0.66$). El Lambda es una proporción que compara las respuestas basadas exclusivamente en la forma pura con respecto al resto de respuestas del protocolo, en las que intervienen otros determinantes e indicaría que nuestras adolescentes utilizan un estilo más evitativo, negador y simplificador cuando se relacionan con su entorno. Para poder afirmar con certeza ésta y otras diferencias curiosas que iremos comentando, sería necesario ampliar la muestra española de no pacientes, tanto en número como en representatividad, para comparar ambas poblaciones, realizando un estudio transcultural, que podría resultar muy útil. La investigación realizada por Sendín (1990) con muestras de adultos españoles no pacientes, a los que compara con adultos americanos similares, avala esta afirmación.
- Por todo ello, resulta doblemente patente que, al realizar una investigación, es necesario utilizar grupos de control, tal y como señala Dies (1995) pues, además de la heterogeneidad

de los datos normativos frente a la homogeneidad de los grupos experimentales, las diferencias culturales existentes entre las muestras hubieran arrojado diferencias significativas en los resultados de esta investigación, aún en el caso de que psicopatológicamente no las hubiera.

- La importancia que tienen estos resultados en sí mismos, ya que son los primeros estadísticos univariantes de este test obtenidos con muestras adolescentes españolas. Aunque estas muestras no son representativas de toda la población y, por tanto, los datos resultantes no son normativos ni es posible hacer inferencias con ellos, resultan de gran utilidad para los usuarios de este test, al poderlos tomar como datos orientativos.

IV.1.1.2.- Resultados de los Índices de Depresión (*DEPI*) y de Inhabilidad Social (*CDI*): Ji-cuadrado.

Recordemos brevemente que los índices *Rorschach* relacionados con depresión son, fundamentalmente, los que aparecen en la siguiente Tabla.

Tabla 33. Significación de los Índices *DEPI* y *CDI* (*Rorschach*)

Variables.	Criterio positivo.	Significación.
<i>DEPI</i>	Valor de 5, 6 o 7.	5 = Problemas afectivos temporales. Posible depresión reactiva. 6,7=Depresión mayor en adultos. En jóvenes depresión severa pero con posibilidad de ser reactiva (ver historia clínica para diagnóstico diferencial).
<i>CDI</i>	Valor de 4, 5.	Inhabilidad social.
<i>DEPI + CDI</i>	Valores anteriores.	El trastorno afectivo es secundario a la inhabilidad social

Se optó por estudiar estos índices por separado, en aquellos protocolos que hubieran resultado positivos ($DEPI \geq 5$, $DEPI \geq 6$ y $CDI \geq 4$). También se decidió analizar la

combinación simultánea de ambos índices, pudiendo resultar que los dos fueran positivos ($DEPI \geq 5$ y $CDI \geq 4$; $DEPI \geq 6$ y $CDI \geq 4$) o que uno fuera positivo y el otro negativo ($DEPI \geq 5$ y $CDI < 4$; $DEPI \geq 6$ y $CDI < 4$; $DEPI < 5$ y $CDI \geq 4$). Se adoptó la decisión de este estudio combinado para poder determinar la relación existente entre depresión e ineficacia social en las muestras estudiadas.

Para comparar las diferencias entre los grupos el estadístico utilizado fue Ji-Cuadrado ya que, al establecer puntos de corte para los valores que resultan indicativos de alteración afectiva, estas variables, inicialmente cuantitativas, pasan a ser nominales. Se realizó también un estudio pormenorizado de la tabla de contingencia, mediante el análisis de los residuos ajustados, que permite determinar la relación existente entre cada pareja de variables y la magnitud de esta relación, interpretándose como cualquier valor de una variable estandarizada en una distribución normal (Sánchez Carrión, 1995). Las tablas de contingencia, así como todo el trabajo estadístico realizado en esta investigación, se adjunta en el Apéndice 2. Una vez dicotomizadas estas variables, no se pudo calcular el tamaño del efecto (η) ni la potencia estadística, por lo que se recurrió al cálculo del coeficiente de contingencia (CC) para determinar el grado de covarianza, la codependencia existente entre las variables, considerándose aceptable un valor igual o superior a 0.30 (Martínez Arias, comunicación personal, Mayo, 1997).

Los resultados obtenidos figuran en la Tabla 34, que se incluye a continuación. En los comentarios a esta tabla y a las que sucesivamente se irán presentando, únicamente se prestará atención a los resultados más relevantes y significativos, que aparecen sombreados para una identificación visual más rápida. Un estudio exhaustivo de todas las variables resultaría excesivamente extenso y puede ser presentado en ulteriores publicaciones.

Tabla 34. *DEPI, CDI Rorschach: Ji-Cuadrado.*

Variables	χ^2	C.C.	Signific.	NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
				Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
<i>DEPI</i> ≥ 5 ***	16.24	0.31	0.000***	36%	64%***	54%	46%	76%***	24%
<i>DEPI</i> ≥ 6 **	9.86	0.25	0.007**	20%	80%**	36%	64%	50%**	50%
<i>CDI</i> ≥ 4	3.45	0.15	0.178	66%	34%	48%	52%	60%	40%
<i>DEPI</i> ≥ 5 y <i>CDI</i> ≥ 4 ***	10.10	0.25	0.006**	20%	80%	22%	78%	46%**	54%
<i>DEPI</i> ≥ 6 y <i>CDI</i> ≥ 4 *	7.23	0.21	0.027*	16%	84%	14%	86%	34%*	66%
<i>DEPI</i> ≥ 5 y <i>CDI</i> < 4	3.95	0.16	0.139	16%	84%	32%	68%	30%	70%
<i>DEPI</i> ≥ 6 y <i>CDI</i> < 4 *	6.98	0.21	0.031*	4%	96%*	22%*	78%	16%	84%
<i>DEPI</i> < 5 y <i>CDI</i> ≥ 4 **	12.78	0.28	0.002**	46%**	54%	26%	74%	14%	86%**

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

- Sombreado: variables significativas.

- *DEPI* ≥ 5 y *CDI* < 4 : el 84% corresponde a un análisis de residuos = 2.0.

- *DEPI* ≥ 6 y *CDI* < 4 : su resultado es muy dudoso, por el escaso número de sujetos en una de las celdas, 4%.

- Analizando el **DEPI** aislado, se observa que la presencia de este índice es altamente significativa en el grupo de pacientes deprimidas y también lo es su ausencia en el grupo de no pacientes ($DEPI \geq 5$, $p < 0.001$; $DEPI \geq 6$, $p < 0.01$). En las anoréxicas este índice no alcanza ningún tipo de significación, situándose en una zona intermedia entre ambos grupos.

Tomando como referencia el grupo de no pacientes y recurriendo a la diferencia de porcentajes (d), el mejor estadístico para ver la relación existente entre variables nominales, en opinión de algunos autores (Sánchez Carrión, 1995), observamos que:

- Se constata la presencia de algún tipo de alteración afectiva ($DEPI \geq 5$) en el grupo de pacientes deprimidas, con una frecuencia mucho mayor ($d = 40\%$) que la que aparece en el grupo de pacientes anoréxicas ($d = 18\%$). En principio, este resultado supone una diferencia importante entre ambos grupos, acorde con la hipótesis planteada.

- Si hablamos ya de un trastorno afectivo importante, de una verdadera depresión ($DEPI=6, 7$), las diferencias entre ambos grupos disminuyen, pero se mantienen el mismo sentido: obtenemos una $d = 30\%$ en las adolescentes deprimidas y una $d = 16\%$ en las anoréxicas.

- Finalmente, si analizamos las vivencias depresivas ocasionales ($DEPI = 5$), las diferencias entre los tres grupos disminuyen aún más, aunque siempre es el grupo de pacientes deprimidas el que presenta con mayor frecuencia esta alteración, pues un $DEPI$ de 5 lo tiene un 16% de no pacientes, un 18% de anoréxicas ($d = 2\%$) y un 26% de las adolescentes diagnosticadas de depresión ($d = 10\%$). Utilizando este punto de corte apenas encontramos diferencias entre las anoréxicas y el grupo de control.

- El **Índice de Inhabilidad Social (CDI)**, en contra de lo que cabría esperar, no resulta diferenciador, pues está presente en los tres grupos de forma bastante llamativa:

- El grupo de no pacientes presenta una frecuencia altísima en este índice (66%), lo que

indica que muchas de estas adolescentes tienen, habitualmente, dificultades para enfrentarse de forma eficaz a las demandas existentes en su entorno social y no logran establecer y mantener vínculos relacionales adecuados (Sendín, & García Alba, 1993, July).

➤ Por el contrario, las pacientes anoréxicas, aunque resultan ineficaces cuando interactúan con su entorno, lo son en menor medida que las otras adolescentes evaluadas. Este hallazgo resulta curioso, pues los rasgos de inhabilidad social han sido señalados por muchos autores (p. ej., Turón 1997) como característicos de la patología anoréxica.

• Analizando conjuntamente *DEPI* y *CDI* se puede completar y matizar la información que tenemos hasta este momento. Cuando este índice resulta positivo ($DEPI \geq 5$ y $CDI \geq 4$), indica que la persona está deprimida pero que la causa de su depresión no es un trastorno afectivo, sino que el problema emocional es consecuencia de su incapacidad para establecer relaciones satisfactorias con su entorno; por ello, el objetivo del tratamiento, en este caso, será mejorar las habilidades sociales y no la problemática afectiva, estando contraindicada una medicación antidepresiva, que, si se prescribe, producirá mejoría no por el fármaco administrado sino por la atención que se le presta al paciente al prescribírselo y controlárselo, hecho que se podrá comprobar fácilmente ya que el paciente recaerá cuando se le deje de cuidar, al poco tiempo de darle el alta.

Del análisis conjunto de ambos índices podemos concluir que:

➤ En el grupo de **pacientes deprimidas** es altamente significativa la presencia de un trastorno afectivo ligada a dificultades por parte del sujeto para relacionarse satisfactoriamente con su entorno, ($DEPI \geq 5$ y $CDI \geq 4$, $p < 0.01$; $DEPI \geq 6$ y $CDI \geq 4$, $p < 0.05$), siendo muy infrecuente que aparezcan estos déficits sociales sin que, al mismo tiempo, coexista depresión ($DEPI < 5$ y $CDI \geq 4$, $p < 0.01$). Es decir, que en este grupo se confirma que la presencia de depresión es significativa y, además, que la depresión suele ser

secundaria a la indefensión e ineficacia social de estas adolescentes.

➤ Por el contrario, en el grupo de **no pacientes** lo que aparece como característico es que estas adolescentes son socialmente muy ineficaces, sin que estas dificultades les hayan originado, en el momento actual, depresión ($DEPI < 5$ y $CDI \geq 4$, $p < 0.01$). También vemos que es muy poco habitual que, cuando se encuentra algún tipo de alteración afectiva, las dificultades de interacción con el entorno no estén en la base de estos problemas ($DEPI \geq 5$ y $CDI < 4$). Es decir, que lo característico del grupo de control es la ausencia de depresión, pero llama la atención su alto grado de ineficacia social.

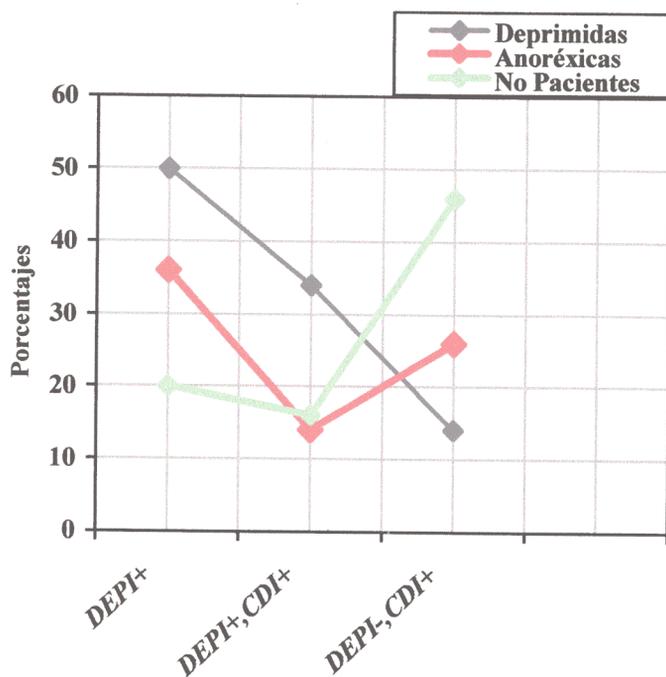
➤ El resultado $DEPI \geq 6$ y $CDI < 4$ ($p < 0.05$) es el único de toda la tabla que alcanza significación estadística para el grupo de pacientes **anoréxicas**. Indicaría que cuando las anoréxicas se deprimen, la causa de su depresión no es la ineficacia social. Pero este resultado es dudoso ya que el estadístico ji-cuadrado es muy sensible a un número escaso de sujetos en alguna de las casillas y esto es lo que ocurre en el grupo de control, con tan solo dos casos en esta casilla. Ante esta situación, se aconseja eliminar el grupo que presenta esta dificultad y aplicar el estadístico PHI (ϕ) a las otras muestras restantes, práctica que se llevó a cabo entre los grupos de pacientes anoréxicas y deprimidas. Pero los resultados así obtenidos no alcanzan significación estadística ($\alpha = 0.444$). Por tanto, la característica que hay que resaltar en el grupo de pacientes anoréxicas es que los índices de depresión evaluados no son significativos, indicando que la presencia de depresión no es significativa en este grupo, hipótesis de la que inicialmente se parte.

- El coeficiente de contingencia (CC), que indica el grado de covarianza, es bastante aceptable, cercano a 30, sobre todo en aquellos índices en los que la significación alcanzada es mayor.

- A modo de **resumen y conclusión**, se incluye el gráfico siguiente, en el que ya se toma

como punto de corte $DEPI \geq 6$, indicativo de una depresión severa. Al tratarse de variables dicotomizadas, los resultados se ofrecen en porcentajes, reflejando el número de sujetos que puntúan positivo en los índices o variables analizadas.

Figura 7. Perfil 1: variables *Rorschach* en las tres muestras evaluadas.



1. La depresión es significativa en el grupo de **pacientes deprimidas** ($p < 0.01$), en muchos casos secundaria a su gran ineficacia social ($p < 0.05$).
2. La ausencia de depresión es significativa en el **grupo de control** ($p < 0.01$) unida a una gran inhabilidad social.
3. Las **pacientes anoréxicas** ocupan una posición intermedia entre ambos grupos, sin destacar en ningún sentido.
4. Así pues, según los resultados *Rorschach* la patología anoréxica y la patología depresiva difieren en TAF, lo que concuerda con la hipótesis postulada en la investigación.

IV.1.1.3.- Resultados de las variables que componen el Índice de Depresión (DEPI):

Ji-cuadrado.

También es posible determinar, a través del análisis de las variables que forman el *DEPI*, si en la depresión detectada predominan los componentes afectivos, los cognitivos o los relacionales, lo que resulta de gran importancia para planificar el tratamiento adecuadamente (Exner, 1997, July) y, en el caso de esta investigación, obtener más información acerca de las características del TAF. Las variables que integran este índice, así como su significación figuran en la Tabla 35.

Tabla 35. *Variables afectivas, cognitivas y relacionales del DEPI.*

Variables Afectivas	Variables cognitivas	Variables Relacionales
Suma $V > 0$	$FD > 2$	$COP < 2$
Complj. Col.SH > 0	$I. Egocentrismo > 0.44$ y $Fr+rF = 0$	$I. Aislamiento > 0.24$
$S > 2$	$I. Egocentrismo < 0.33$	Complejas < 4
Suma $SH > FM + m$	$Afr < 0.46$	
Suma $C' > 2$	$MOR > 2$	
	$I. Intelectualización > 3$	

Se realizó un ji-cuadrado con cada una de estas variables, según los puntos de corte establecidos por Exner como significativos (1974, 1986, 1993/1994), cuyos resultados se ofrecen en la Tabla 36 (pág. 275), que se inserta a continuación y que pasamos a comentar.

- Aparece una excesiva presencia de respuestas en las que se utiliza el **color acromático** como determinante ($C' > 2$, $p < 0.05$), en el grupo de pacientes diagnosticadas de depresión. Este hallazgo resulta esperable (Klopfer, Ainsworth, Klopfer, & Holt, 1954; Piotrowski, 1957; Exner, 1978) ya que parece existir una relación comprobada entre restricción afectiva y respuestas C' (Exner, & Leura, 1975).

Tabla 36. Variables del Índice de Depresión Rorschach (DEPI): Ji-Cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	χ^2	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
<i>C' > 2 *</i>	7.58	0.22	0.023 *	26%	74% *	34%	66%	52% *	48%
<i>SUMSH > FM + m **</i>	11.68	0.27	0.003 **	28%	72% **	46%	54%	62% **	38%
<i>FD > 2 *</i>	(15.22)	0.30	(0.001*)	(20% **)	(80%)	(4%)	(96%)	(0%)	(100%*)
φ	0.25	0.24	0.014 *	20% *	80%	4%	96% *		
<i>MOR > 2</i>	4.43	0.17	0.109	12%	88%	28%	72%	26%	74%
<i>FV + VF + V > 0</i>	2.11	0.12	0.348	48%	52%	58%	42%	62%	38%
<i>Eg. > .44 (Fr = 0) o < .33</i>	4.26	0.17	0.119	58%	42%	60%	40%	76%	24%
<i>Egoc < 0.33</i>	4.96	0.18	0.084	52%	48%	50%	50%	70%	30%
<i>Complj. Col. SH > 0</i>	2.78	0.14	0.249	38%	62%	54%	46%	50%	50%
<i>S > 2</i>	0.22	0.04	0.894	58%	42%	62%	38%	62%	38%
<i>Afr < 0.46</i>	1.02	0.08	0.601	48%	52%	54%	46%	58%	42%
<i>Complejas < 4</i>	2.81	0.14	0.246	62%	38%	46%	54%	58%	42%
<i>Intelec. > 3</i>	1.37	0.10	0.505	22%	78%	14%	86%	22%	78%
<i>COP < 2</i>	1.14	0.09	0.567	90%	10%	84%	16%	90%	10%
<i>Aislamiento/R > 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.
- *FD > 2*: al haber 0 casos en la celda de depresión, se elimina este grupo y se aplica φ .
- *MOR > 2*: el 88% corresponde a un análisis de residuos = 2.1.
- *Egoc < 0.44 (Fr = 0) o < 0.33*: el 70% corresponde a un análisis de residuos = 2.1.
- *Egoc < 0.33*: el 70% corresponde a un análisis de residuos = 2.2.

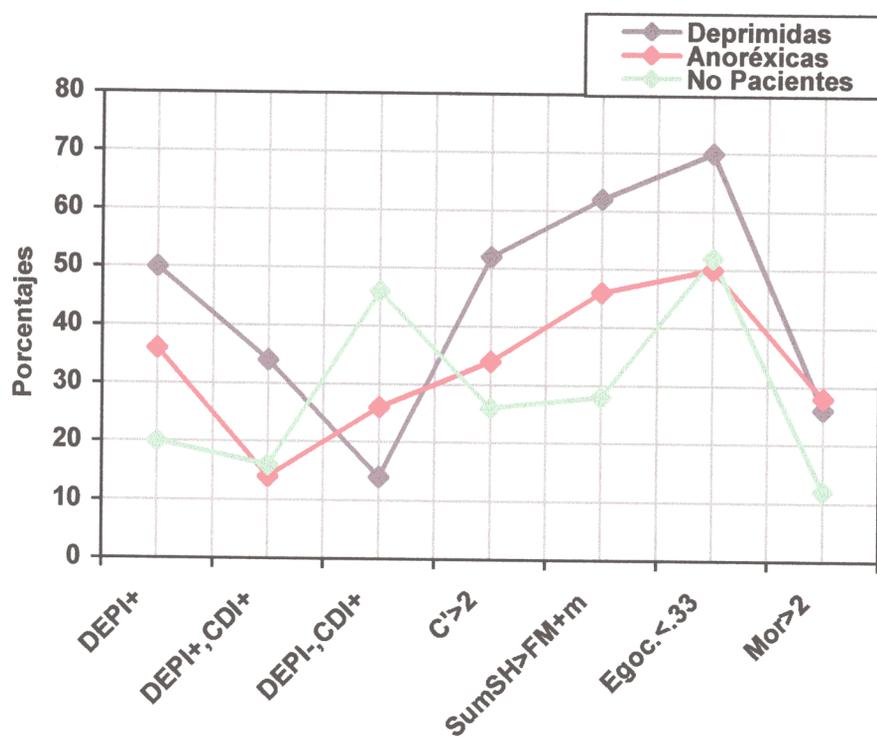
El dolor psíquico, puesto de manifiesto por las respuestas C^* , no es reactivo sino que es un malestar más bien crónico, pues se trata de una variable bastante estable.

- Un predominio de las respuestas que utilizan el **sombreado** de la mancha ($Sum SH$), en sus diversas modalidades de sombreado difuso (Y), textura (T), vista (V) y color acromático (C^*), sobre los movimientos animal (FM) e inanimado (m), también está presente en el grupo de pacientes deprimidas ($Sum SH > FM + m, p < 0.01$). Este dato indica que en esta muestra predominan los estímulos afectivos que actúan en el interior del sujeto sobre los disparadores internos ideacionales (Exner y Sendín, 1995), provocando malestar e incomodidad de tipo emocional, un grado de sufrimiento psíquico elevado, que llega a invadir al sujeto sin que éste pueda detenerlo voluntariamente. Estos sentimientos dolorosos son esperables en el contexto de la depresión y están ausentes en la mayoría de las adolescentes no pacientes.
- La variable $FD > 2$, relacionada con procesos de introspección que pueden derivar en una excesiva toma de distancia con el entorno, en un marcado aislamiento (Exner y Sendín, 1995), aporta significaciones muy cuestionables, debido al escasísimo número de sujetos que puntúan en esta variable. Sólo las adolescentes del grupo de control dedican mucho esfuerzo a estas tareas de autoinspección, prácticamente ausentes en las pacientes anoréxicas y deprimidas, por lo que no se tiene en cuenta estos resultados.
- Un aumento de respuestas de **contenidos mórbidos** ($MOR > 2$), se relaciona con actitudes pesimistas, hacia uno mismo y hacia el entorno. Esta actitud tan negativa, que tiñe la ideación de pesimismo, como era de esperar está bastante ausente en las adolescentes del grupo de control.
- Un grado de autocentramiento muy disminuido ($Egoc. < 0.33$) lo encontramos en el grupo de pacientes deprimidas. Estas adolescentes muestran una estimación de su propia

valía personal claramente negativa (70%) y son muy pocas las que muestran rasgos narcisísticos ($Egoc. > 0.44$ y $Fr = 0 = 6\%$).

• **Resumiendo** estos resultados gráficamente (Figura 8), podemos completar los datos representados en la Figura 7 y señalar nuevas diferencias entre pacientes **anoréxicas** y **deprimidas**, lo que coincide con la hipótesis que se está verificando. Sólo en las pacientes diagnosticadas de depresión, se constata la presencia de un gran sufrimiento interno y ansiedad ($SumSH > FM + m$, $p < 0.01$; $C' > 2$, $p < 0.05$), unidos a una actitud hacia sí mismas muy negativa ($Mor > 2$, análisis de residuos), acorde con la patología depresiva.

Figura 8. Perfil 2: Variables Rorschach en las tres muestras evaluadas.



• De estas variables, unas son afectivas ($C' > 2$; $SumSH > FM + m$) y otras cognitivas ($Egoc. < 0.33$; $Mor > 2$). Esta internalización de afectos es frecuente en este tipo de pacientes, resulta relativamente inconsciente, el sujeto no lo puede controlar y son fuente de un profundo malestar.

IV.1.1.4.- Resultados de las variables que integran el Índice de Inhabilidad Social (CDI): Ji-cuadrado.

Siguiendo la misma pauta anterior, de intentar obtener la mayor información posible acerca de estos índices y de las patologías que ponen de manifiesto, se analizaron las variables que integran el *CDI*, según los puntos de corte establecidos por Exner (1974, 1986, 1993/1994) aplicándoles un χ^2 . Los resultados se muestran en la Tabla 37 (pág. 279) y en ella se aprecia alguna diferencia significativa más.

- La **experiencia accesible** (*EA*) es una derivación que informa de los recursos disponibles con los que cuenta el sujeto para iniciar conductas deliberadas, esto es, de su capacidad para poder tomar decisiones y ponerlas en práctica, considerándose que cuando esta puntuación es baja ($EA < 6$), el sujeto dispone de menos recursos de los que sería deseable (Exner, 1993/1994), por lo que resulta más vulnerable y tiene tendencia a presentar dificultades ante las múltiples tensiones de la vida cotidiana (Exner y Sendín, 1995). Según esto, el resultado hallado en el grupo de anoréxicas es un dato, en principio, positivo (ausencia de $EA < 6$, $p < 0.05$) pues indica que este grupo es el que cuenta con más recursos y, por ello, estas pacientes tienen menos dificultades para iniciar y mantener conductas deliberadas, resultando, en consecuencia, menos vulnerables que las pacientes deprimidas e, incluso, que el grupo de no pacientes.
- La **puntuación D** y la **puntuación D ajustada** (*Adj D*) proporcionan información importante sobre la tolerancia al estrés y capacidades de control que posee el sujeto. La diferencia entre estas dos puntuaciones se debe siempre a la existencia de tensión situacional e indica que la tolerancia actual al estrés (*D*) de una persona es inferior a su capacidad de tolerancia habitual (*Adj D*) (Exner y Sendín, 1995).

Tabla 37. Variables del Índice de Inhabilidad Social Rorschach (CDI): Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTE		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	χ^2	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
<i>EA</i> <6 *	6.25	0.20	0.044 *	62%	38%	38%	62% *	56%	44%
<i>AdjD</i> <0	5.82	0.19	0.054	30%	70%	24%	76%	46%	54%
<i>COP</i> <2 y <i>AG</i> <2	2.85	0.14	0.240	84%	16%	70%	30%	74%	26%
<i>SumPondC</i> <2.5	4.35	0.11	0.114	52%	48%	34%	66%	52%	48%
<i>pasivo</i> > <i>activo</i>	1.97	0.11	0.373	42%	58%	56%	44%	50%	50%
<i>pasivo</i> > <i>activo</i> + 1	3.15	0.14	0.207	26%	74%	42%	58%	30%	70%
<i>H</i> <2	1.49	0.10	0.474	52%	48%	44%	56%	56%	44%
<i>T</i> >1	2.65	0.13	0.266	8%	92%	10%	90%	18%	82%
<i>Fd</i> >0	1.50	0.10	0.472	18%	82%	12%	88%	10%	90%

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

- Sombreado: variables significativas.

- *Adj D* < 0: el 46% corresponde a un análisis de residuos = 2.3.

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

Considerando este índice aislado, sabemos que cuando *Adj D* es de signo negativo ($AdjD < 0$), estamos ante una persona que tiene menos medios de los requeridos para hacer frente a sus disparadores internos de tensión. Estos sujetos están sobrecargados y tienen el riesgo de sufrir formas impulsivas de pensamiento y de acción, presentando mayores dificultades ante situaciones nuevas. En los niños (Exner y Sendín, 1995) es habitual encontrar $Adj D < 0$, empezándose a situar esta puntuación en torno al cero entre los 13 y 16 años. La unión de ambos índices, *EA* y *Adj D*, proporciona claras diferencias en los tres grupos estudiados y, aunque se volverá a insistir en este punto, de momento, tomando estos datos de forma aislada cabe señalar que, mientras las pacientes anoréxicas son las que cuentan con mayores recursos para hacer frente a las demandas cotidianas, las pacientes deprimidas son las más proclives a presentar alguna forma de impulsividad, lo que supone una nueva diferencia entre ambos grupos.

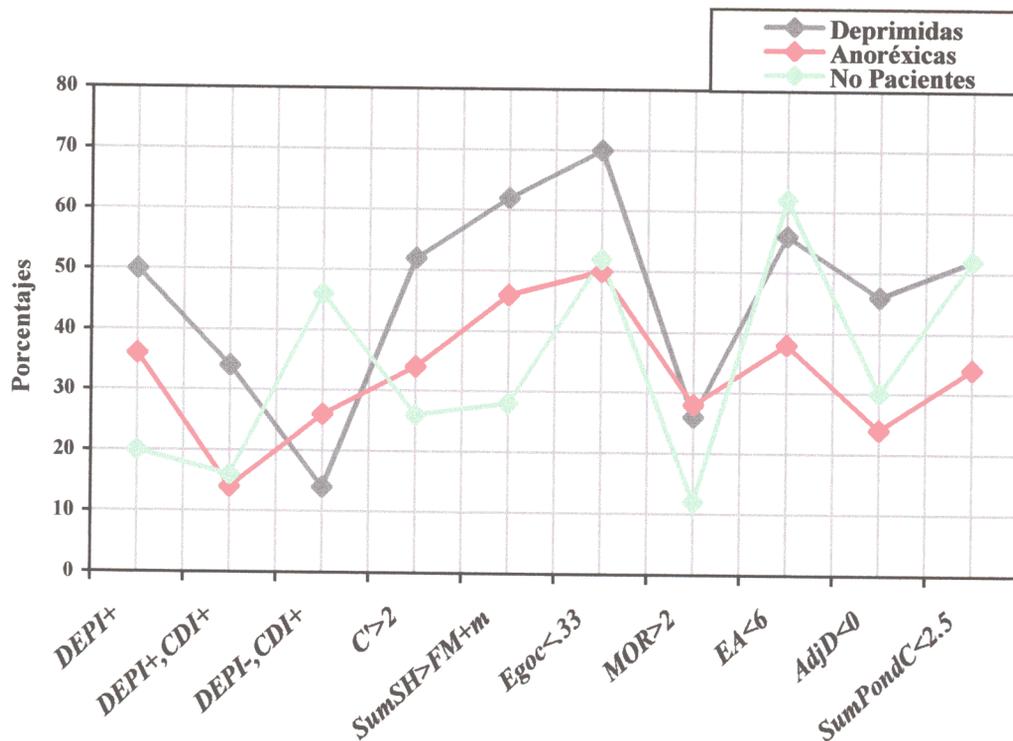
- Otra variable que resulta significativa en el análisis de residuos es la de la suma de las **respuestas ponderadas de color** (*SumPondC*), variable en la que estas respuestas reciben distinto peso según predomine más o menos el color como determinante (forma-color = 0.5; color-forma = 1; color puro = 1.5 puntos). Se considera que el punto de corte de $SumPondC < 2.5$ es indicativo de escasos recursos afectivos. De nuevo, las anoréxicas son las que menos puntúan en este ítem (34%), lo que señala que también son las adolescentes que más recursos afectivos poseen. Es decir, dentro de los recursos de que disponen (*EA*), los afectos ocupan un lugar importante, ya que la derivación *EA* es el resultado de la suma de las respuestas que contienen movimientos humanos (*Sum M*) y las respuestas que contienen color ponderadas (*SumPondC*).

- No resulta discriminativo el ítem $Fd > 0$, que supone la presencia de respuestas cuyo contenido implica la percepción de cualquier cosa que resulte comestible. Este tipo de

contenido, muy infrecuente, aparece, junto con otros datos, en protocolos de personas que presentan conductas de dependencia. En el contexto de la anorexia, quizá cabría una mayor presencia de estos contenidos, no por su relación con la dependencia, sino como expresión de sus preocupaciones e intereses alimentarios, pero no resulta así, al menos en la muestra estudiada.

- En **resumen**, podemos concluir en este apartado que el **grupo de anoréxicas** es el que dispone de mayores recursos, incluso afectivos, para poder afrontar las dificultades de la vida cotidiana. También es posible finalizar el gráfico iniciado en la Figura 7, al que se le añadieron otras variables en la Figura 8 y que en la Figura 9 se completa con todas las variables *Rorschach* analizadas en esta primera parte de la investigación por su relación e influencia, en mayor o menor medida, con depresión.

Figura 9. Perfil 3: variables *Rorschach* en las tres muestras evaluadas.



Por el momento, en una primera aproximación a estos datos y como único comentario a este gráfico, conviene señalar las diferencias que existen entre las pacientes anoréxicas y las pacientes deprimidas en las variables analizadas, tal y como se afirma en la hipótesis que se está sometiendo a verificación. Sólo en las adolescentes diagnosticadas de **depresión** se constata un trastorno afectivo severo, sufrimiento interno y ansiedad.

IV.1.1.5.- Resultados de variables relacionadas con criterios de validez: Número de respuestas y Lambda: Análisis de varianza.

Se realizó un AV a las variables *R* (número total de respuestas) y *Lambda* (proporción que compara la frecuencia de respuestas de forma pura con el resto de respuestas del protocolo, en las que intervienen otros determinantes), cuya importancia es vital por afectar ambas a la validez del protocolo, según se comentó anteriormente (Apartado III.2.1.1.4).

En los AV practicados a lo largo de toda la investigación, cuando las variables no cumplían el requisito de homocedasticidad, se procedió a aplicar la transformación logarítmica que propone Tukey (Apartado III.5.2) y, a la variable así transformada, señalada en las Tablas con un símbolo (\blacklozenge), se le aplicó posteriormente el contraste F. No obstante, como en este tipo de transformaciones se producen escalas con un significado cuantitativo de interpretación dudosa y cuestionada, a esas mismas variables se les aplicó también el contraste no paramétrico de Kruskal Wallis, figurando los resultados de ambos contrastes en las Tablas. Cuando, a pesar de la transformación logarítmica, las variables continuaron sin ser homocedásticas, no se recurrió a otro tipo de transformación (Martínez Arias, comunicación personal, Abril, 1998), sino que se aplicó directamente el contraste de Kruskal Wallis, señalándose en la Tabla esta dificultad (\bullet). En este caso, la potencia estadística y el tamaño del efecto, como se han calculado sin tener en cuenta que los datos

no se han podido transformar, se incluyen entre paréntesis.

Los resultados de estos análisis figuran en la Tabla 38 (pág. 284). En estas y sucesivas tablas de AV no figuran los grados de libertad porque en todos los casos son los mismos, (grados de libertad = 2).

En las tablas de AV se adjunta, para mayor comodidad, un resumen de los estadísticos univariantes de las variables analizadas, aunque para obtener una mayor información sobre las mismas, se remite al lector a consultar las Tablas 30 (a, b, c, d), 31 (a, b, c, d) y 32 (a, b, c, d).

En cuanto a las tablas presentadas, es preciso realizar un breve comentario.

- Inicialmente se partió de protocolos válidos ($R \geq 14$), pero es importante constatar que no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a R . Este dato permite descartar el posible problema apuntado por Cronbach (1949) y corroborado por Exner (1997) sobre la dificultad de comparar protocolos *Rorschach* de longitudes significativamente distintas, por la influencia que puede tener en los resultados de algunas variables.
- La puntuación **Lambda**, en cuanto a validez del protocolo *Rorschach* se refiere, cuando es alta ($L > 0.99$), se sabe que puede oscurecer y ocultar los resultados de otras variables *Rorschach* (Exner, 1997, Octubre). En este caso, a pesar de que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, son las pacientes anoréxicas las que presentan cualitativamente un Lambda más bajo, inferior a 0.99, frente a los otros grupos cuyo Lambda es superior a este valor crítico. Este hallazgo se señala como importante para esta investigación, pues permite deducir que los datos de los protocolos del grupo de anoréxicas, no están oscurecidos por estilos evitativos y simplificadores, por lo que no es de temer que haya rasgos de personalidad que, estando presentes, no se hayan podido captar.

Tabla 38. Variables Rorschach relacionadas con criterios de validez (R, L): Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	η	Potencia
Respuestas ♦	2.62 (p = 0.076)		3.75 (p = 0.154)	0.20	0.60
Lambda •			4.45 (p = 0.108)	(0.14)	(0.25)

♦ Variables transformadas.

• Variables transformadas pero no homocedásticas.

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	RIC	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	RIC	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	RIC	Moda	Asim.
Respuestas	24.98	9.01	24.00	10	27.00	1.39	22.44	5.91	21.50	7.25	20.00	1.16	21.56	6.11	20.00	7.50	17.00	1.30
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

IV.1.1.6.- Distribución de frecuencias en la muestra total, según estilos básicos de la personalidad: Lambda (*L*) y Tipo Vivencial (*EB*).

Según se comentó al hablar del test *Rorschach* (Apartado III.2.1.1.4), hay dos variables que resultan fundamentales al abordar un protocolo: **Lambda (*L*)** y **Tipo vivencial (*EB*)**. Ambas constituyen estilos básicos de la personalidad, rasgos caracterológicos muy estables en el adulto, que influyen en las restantes características de la personalidad del sujeto y en cómo éstas van a manifestarse. En los adolescentes todavía no se ha alcanzado una estabilidad total, sino que ésta es la edad en que se están definiendo estos rasgos. A pesar de ello, debido a la gran importancia que tienen estas variables y a la influencia que ejercen en el resto del protocolo, se consideró oportuno realizar una tabla de contingencia con las frecuencias de ambas variables en los tres grupos estudiados. Los resultados aparecen en la Tabla 39 (pág. 286) y se comentan a continuación.

- **El grupo de control** presenta como característico:

- Claro predominio ambigüal (62%). Los sujetos cuyo *EB* es ambigüal, al no tener un estilo definido de respuesta, son más vulnerables ante las dificultades, más vacilantes y menos eficaces. Al necesitar más tiempo para concluir sus tareas, además, suelen emplear más energía en el proceso de resolución de problemas.

- El estilo *Lambda* alto ($L > 0.99$) está presente en mayor medida que en los otros grupos (48%). Por ello, podemos afirmar que la forma de enfrentarse a los estímulos del entorno de muchas de estas adolescentes es bastante defensiva, evitativa y simplificadora.

- Otro dato que llama la atención es la alta probabilidad que encontramos entre sus miembros de llegar a desarrollar algún tipo de psicopatología (17 sujetos = 34%). A esta conclusión se llega a través de la aplicación del **Factor de riesgo**, variable aportada por Exner recientemente (1997, Octubre).

Tabla 39. *Estilo Vivencial – Lambda: Frecuencias en cada uno de los grupos*

NO PACIENTES

Tipo vivencia	Lambda		Suma filas
	≤ 0.99	> 0.99	
Introver.	4 (44%)	5 (56%)	9 (18%)
Extrate.	8 (80%)	2 (20%)	10 (20%)
Ambigu.	14 (45%)	17 (55%)	31 (62%)
Suma columna	26 (52%)	24 (48%)	50 (100%)

ANOREXIA

Tipo vivencia	Lambda		Suma filas
	≤ 0.99	> 0.99	
Introver.	14 (82%)	3 (18%)	17 (34%)
Extrate.	11 (79%)	3 (21%)	14 (28%)
Ambigu.	10 (53%)	9 (47%)	19 (38%)
Suma columna	35 (70%)	15 (30%)	50 (100%)

DEPRESIÓN

Tipo vivencia	Lambda		Suma filas
	≤ 0.99	> 0.99	
Introver.	9 (75%)	3 (25%)	12 (24%)
Extrate.	11 (92%)	1 (8%)	12 (24%)
Ambigu.	12 (46%)	14 (54%)	26 (52%)
Suma columna	32 (64%)	18 (36%)	50 (100%)

El Factor de Riesgo, aún en proceso de investigación, que relaciona *Lambda* y *EB*, recibiendo distinto peso según las características concretas de cada una de estas variables. Dentro de esta ponderación se considera que un *L* alto unido a un *EB* ambiguo, alcanza un factor de riesgo 8, el más elevado. Un 34% de estas adolescentes están en esta situación de riesgo.

- En el grupo de pacientes anoréxicas cabe destacar:

- La presencia de mayor definición en *EB* (34% introversivas, 28% extratensivas), lo que supone que estas adolescentes son más eficaces que el grupo de control cuando resuelven sus problemas, que se comportan de forma más definida al enfrentarse a su entorno.

- El predominio de *Lambda* bajo ($L \leq 0.99$), lo que resulta un buen hallazgo, ya comentado en la Tabla 38, al hablar de criterios de validez de sus protocolos. Sólo cabe añadir aquí que la presencia de *Lambda* bajo permite afirmar que los resultados de este grupo, mayoritariamente (70%), van a aparecer bastante claros, debido a una actitud colaboradora y poco defensiva de estas adolescentes.

- Curiosamente, es el grupo en el que el Factor de Riesgo de generar patología es más bajo, pues un factor de 8 sólo se da en un 18% de casos (9 sujetos con *EB* ambiguo y con *L* alto) y, por el contrario, un factor mínimo, de 1, está presente en un 50% de casos (14 sujetos con *EB* introversivo, 11 con *EB* extratensivo y *L* bajo). Parece una clara contradicción que el grupo que presenta una psicopatología más grave, la anorexia, presente un factor de riesgo de enfermar menor y, aunque este índice está todavía en estudio y no ofrece datos totalmente fiables, es tan llamativo que nos gustaría poder encontrarle una explicación. Quizá influya el hecho de que nuestra muestra es de sujetos jóvenes, entre 13 y 16 años y en ellos, al tratarse de sujetos en evolución, la aplicación de este factor deba tener distintos matices o no se pueda aplicar. Quizá se deba a que este grupo ya ha desarrollado un cuadro

psicopatológico concreto, instaurándose firmemente en él. O quizá, al igual que va a ocurrir en otras ocasiones, sólo podremos decir que es una incógnita, de las muchas que todavía nos plantea la patología anoréxica.

- Finalmente, en el **grupo de pacientes deprimidas**, cabe señalar:
 - El predominio de *EB* ambigüal (52%), con una proporción similar de adolescentes introversivas (24%) y extratensivas (24%).
 - Predominio de *L* bajo (64%) en esta muestra.
- **Sintetizando** la información aportada por esta tabla podemos concluir que nuestras **anoréxicas** parecen psicológicamente más definidas, más maduras que los otros grupos estudiados y que mantienen una actitud menos defensiva al enfrentarse a la complejidad del entorno. Nuestro **grupo de control** está muy poco definido, es muy defensivo y tiene un riesgo considerable de generar patología en un futuro. Aparecen nuevas diferencias entre anoréxicas y deprimidas, sobre todo en cuanto a la definición de *EB* se refiere.

Finalmente, a modo de **resumen de todo este apartado**, se puede decir que, hasta el momento, se han comentado los resultados de los índices y de las variables que mayor relación guardan con depresión y se han presentado gráficamente estos resultados (Figuras 7, 8 y 9). Se deja para un desarrollo ulterior (Apartado IV.1.4) la exposición detallada de estos resultados en cada una de las muestras evaluadas, integrando las aportaciones de otras pruebas aplicadas (*MMPI*, *CBCL*) y la discusión que se pueda generar.

IV.1.2.- MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI).

Se introdujo en el ordenador la información de todos los protocolos *MMPI* obtenidos, constando cada protocolo de 80 variables, pero sólo se seleccionaron para este trabajo aquellas escalas que se relacionan directamente con depresión / ansiedad y con los índices de validez y fiabilidad, tal y como estaba previsto en el diseño de la investigación (Apartado III.1). Es obvio que el hecho de utilizar únicamente ciertas escalas de una prueba tan amplia como el *MMPI*, introduce un sesgo y merma la riqueza de la información disponible. No obstante, esta decisión se justifica por la necesidad de acotar la investigación en relación al tema planteado: la relación entre anorexia y depresión y se podrá subsanar con investigaciones ulteriores, donde se extraiga toda la información que este cuestionario puede proporcionar.

IV.1.2.1.- Resultados de las escalas 2, 7, F, K: Análisis de Varianza (AV).

Recordemos que la *escala 2* se relaciona con depresión, la *escala 7* con ansiedad y las *escalas F y K* aluden a criterios de validez. Los resultados obtenidos con el AV de estas escalas se ofrecen en la Tabla 40 (pág. 290).

- Lo primero que cabe destacar es que apenas se observan diferencias cuando se realiza la comparación entre las puntuaciones medias de los diferentes grupos con puntuaciones directas o se recurre a la utilización de puntuaciones típicas; en ambos casos se alcanzan niveles de significación muy similares.
- Un resultado aparece claro y contundente en la *escala 2 (Depresión)* de este test: las anoréxicas y las pacientes diagnosticadas de depresión presentan un trastorno afectivo mayor que las no pacientes (2, $p < 0.001$) y que, además, clínicamente se puede categorizar como depresión (Puntuación típica > 70).

Tabla 40. Variables MMPI: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	η	Potencia
MMPI-2 (directa)*** ●		Anorex. y Deprim.>No Pac.	48.85 (p = 0.000)***	(0.53)	(1.00)
MMPI-2 (típica)*** ●		Anorex. Y Deprim.>No Pac.	47.58 (p = 0.000)***	(0.52)	(1.00)
MMPI-7 (directa)*** ♦	11.76 (p = 0.000)***	Deprim. >Anorex. y No Pac.	23.47 (p = 0.000)***	0.41	0.99
MMPI-7 (típica)*** ♦	9.97 (p = 0.000)***	Deprim. >Anorex. y No Pac.	18.93 (p = 0.000)***	0.36	0.99
MMPI-F (directa)** ♦	5.84 (p = 0.004)**	Deprim. >Anorex. y No Pac.	16.16 (p = 0.000)***	0.33	0.87
MMPI-F (típica)** ♦	7.25 (p = 0.001)**	Deprim. >Anorex. y No Pac.	13.35 (p = 0.001)**	0.32	0.90
MMPI-K (directa)***	9.17 (p = 0.000)***	Anorex. y No Pac.> Deprim.		0.33	0.97
MMPI-K (típica)**	6.66 (p = 0.002)**	Anoréxicas >Deprimidas.		0.28	0.91

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

- Sombreado: variables significativas.

- ♦ Variables transformadas; ● Variables transformadas pero no homocedásticas.

Estadísticos Univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESION					
	Media	D.T.	Mdna	RIC.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	RIC.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	RIC.	Moda	Asim.
MMPI-2direct.	24.26	3.56	24.00	6.00	24.00	0.19	31.18	7.03	30.00	8.00	28/30	0.60	32.18	5.94	32.00	7.25	32.00	-0.25
MMPI-2típica	60.22	7.66	59.00	12.00	57/62.	0.03	74.52	14.72	72.50	18.25	65.00	0.54	76.08	12.34	76.50	16.50	83.00	-0.18
MMPI-7direct.	18.24	8.15	17.00	12.50	17.00	0.41	20.34	11.81	17.00	21.00	9.00	0.48	28.92	10.88	31.00	14.00	31.00	0.18
MMPI-7típica	53.56	11.12	50.00	16.50	49.00	0.42	56.12	15.90	52.00	28.75	40.00	0.48	66.00	14.02	69.50	21.00	69/79	-0.85
MMPI-Fdirect.	8.36	4.47	7.50	6.25	7.00	0.67	9.64	6.71	8.00	7.00	5/6.	1.29	13.50	7.41	13.00	10.25	15.00	0.76
MMPI-Ftípica	55.32	10.75	54.00	17.25	54.00	0.58	58.18	15.49	54.00	16.50	46.00	1.25	66.64	17.58	66.00	25.50	68.00	0.59
MMPI-Kdirect.	12.54	4.50	12.00	4.25	14.00	0.99	13.84	4.51	14.00	5.50	13/14	0.16	10.26	3.61	10.00	4.50	11.00	0.44
MMPI-Ktípica	47.38	11.75	47.50	10.75	44.00	-0.29	51.28	9.76	51.00	14.50	52.00	0.14	43.88	8.68	44.00	10.75	44/46	0.80

Nota: - Sombreado variables paramétricas: media, desviación típica. Sombreado no paramétricas: mediana, amplitud intercuartil (RIC).

En función de estos resultados hay que rechazar la hipótesis previamente planteada y aceptar la hipótesis nula, que sostiene que las pacientes anoréxicas y las pacientes deprimidas de esta muestra tienen en común un trastorno afectivo importante, una depresión, medida por la *escala 2 de MMPI* y se afirma con una probabilidad inferior al uno por mil de error. Sólo cabe señalar, finalmente, que la puntuación media de las pacientes deprimidas (Punt. Típica = 76.08) es algo superior a la que alcanzan las anoréxicas (Punt. Típica = 74.52), pero, sobre todo, que el grupo diagnosticado de depresión es más homogéneo en este puntaje, tiene una variabilidad menor.

- La *escala 7 (Psicastenia)* suele estar elevada en los sujetos deprimidos, debido a los componentes de ansiedad que, en mayor o menor medida, acompañan a la depresión. Se encuentra una elevación significativa de esta variable en la muestra de adolescentes deprimidas (7, $p < 0.001$) en relación a las otras muestras, pero aún así, la puntuación obtenida no es muy elevada (Puntuación típica < 70). Por ello, se puede afirmar que las adolescentes con diagnóstico de depresión sufren un grado de ansiedad significativamente mayor (Punt. Típica = 66) (Graham, 1977/1987) que las pacientes anoréxicas (Punt. Típica=56.12) y que el grupo de control (Punt. Típica = 53.56), aunque esta ansiedad carezca de significación clínica. Se hace esta afirmación con una probabilidad altísima de detectar esas diferencias ($\alpha=0.000$; potencia = 0.99).

Las semejanzas halladas entre pacientes anoréxicas y pacientes deprimidas en la escala de Depresión y las diferencias encontradas en la escala de Ansiedad, entre estos mismos grupos, se producen a pesar de que la *escala 2* y la *escala 7* tienen bastante en común, pues comparten doce ítems (8, 32, 36, 41, 67, 86, 122, 142, 152, 178, 182 y 189). Estos ítems constituyen el 25% de la *escala 7* y el 20% de la *escala 2* y hacen referencia a capacidades (atención, concentración, memoria, confianza en sí mismo, rasgos hipocondríacos, estado de

ánimo, deseo de felicidad, etc.) que se ven mermadas tanto en estados de ansiedad como en la depresión.

Integrando los resultados de estas dos escalas, hasta el momento sólo podemos decir que ambos grupos comparten un síndrome depresivo (*escala 2*), que resulta más acusado en el grupo de pacientes diagnosticadas de depresión y que se reparte de forma más homogénea entre los miembros de este grupo. Además, esta depresión va acompañada de distinto monto de ansiedad (*escala 7*), mucho más manifiesta en el grupo de adolescentes con diagnóstico de depresión, aunque sin que ésta llegue a alcanzar categoría psicopatológica.

- La *escala F*, que intenta discriminar protocolos muy atípicos, marca una nueva diferencia entre el grupo de pacientes deprimidas y el grupo de anoréxicas/control. Son las adolescentes con diagnóstico de depresión las que tienen unas puntuaciones directas significativamente más elevadas (F , $p < 0.01$), las que muestran protocolos más atípicos, aunque su puntuación media se mantiene bastante por debajo de 16, punto crítico establecido por Archer (1987) para cuestionar la validez del protocolo. Estos resultados permiten afirmar que en este grupo es donde aparece un nivel adaptativo del sujeto más precario y mayor desorganización. Por el contrario, las pacientes anoréxicas mantienen niveles adaptativos y de organización similares a las adolescentes no pacientes. Este dato concuerda con lo señalado por algunos autores (Pérez Galdós, 1998, Junio) en cuanto a la apariencia de normalidad y adaptación que muestran las anoréxicas, que hacen una negación brutal de su enfermedad y de sus consecuencias, comportándose como si no existiera ningún problema en ellas, sólo que *están gordas*, manteniendo esta forma de pensar incluso durante el ingreso hospitalario, momento en el que se hizo la aplicación de las pruebas psicológicas para este estudio.
- Finalmente, en la *escala K*, útil para detectar actitudes simuladoras, también se aprecian

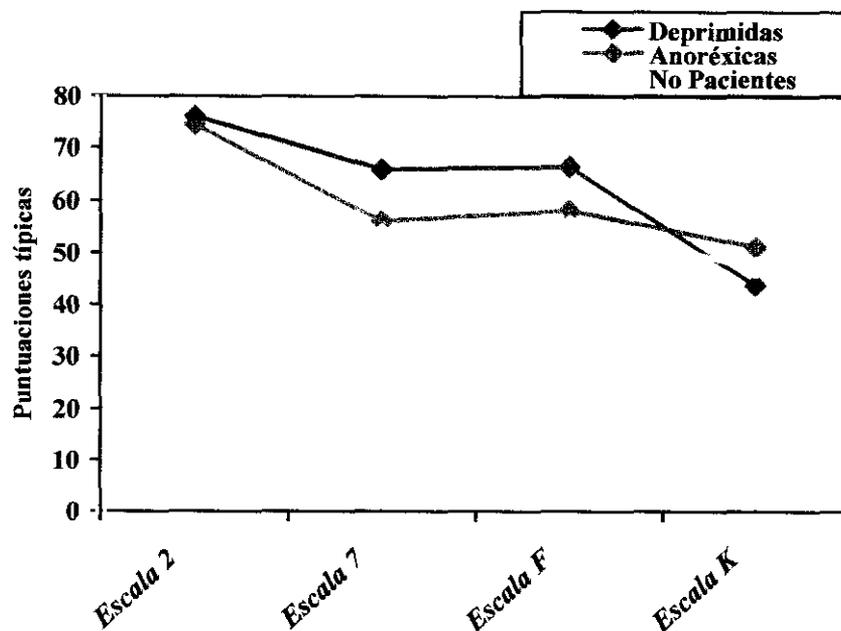
diferencias significativas entre los grupos (K , $p < 0.001$). Según Archer, White y Orvin (1979) se considera normal una puntuación directa K que oscile entre 11-13 puntos. Las pacientes deprimidas, a través de un nivel algo bajo de K , pueden estar manifestando su sintomatología de forma algo exagerada o pueden estar mostrando su bajo autoconcepto o sus recursos limitados para manejarse en situaciones de estrés. La puntuación $F-K > 11$, puede ayudar a matizar esta información.

El índice $F-K > 11$ (Gough, 1950) es una medida de fiabilidad que permite detectar los perfiles de sujetos simuladores de patología. Su presencia es muy baja tanto en el grupo de pacientes anoréxicas (10%) como en el grupo con diagnóstico de depresión (12%), estando totalmente ausente en el grupo de control. Este resultado permite descartar una mayor simulación en el grupo de depresivas frente al de anoréxicas e interpretar el nivel bajo de K en la depresión como expresión de la merma de recursos, que sufren estas pacientes, para hacer frente a las dificultades que se les plantean.

Son las adolescentes anoréxicas y las del grupo de control las que saben mantener un balance más adecuado entre una actitud cooperativa y a la vez cautelosa, ante la situación del examen que se les realiza. De nuevo se marcan diferencias entre anoréxicas y deprimidas, situándose las anoréxicas del lado de la “normalidad” y las pacientes deprimidas del lado de la “patología”, en la expresión de dificultades.

- Por último, conviene resaltar también que el tamaño del efecto (η) de estas variables alcanza valores medios (0.5-0.3; Martínez Arias, comunicación personal, Mayo, 1999).
- A modo de **resumen**, los resultados que nos aportan las escalas analizadas del *MMPI*, en puntuaciones típicas, se plasman en el gráfico que se incluye a continuación, con el comentario correspondiente.

Figura 10. Perfiles MMPI de las escalas 2 (depresión), 7 (ansiedad), F y K (validez) en las tres muestras evaluadas.



Salvo en la variable depresión (*escala 2*), donde anoréxicas y deprimidas comparten similar trastorno afectivo, en el resto de escalas se observa con claridad un mayor acercamiento del grupo de **anoréxicas** al grupo de control, hacia la “normalidad”.

IV.1.2.2.- Perfiles obtenidos: Ji-cuadrado.

Siguiendo el sistema de codificación de dos escalas ejemplificado por Graham (1977/1987) y Greene (1980), y estudiado por Archer (1987) en población adolescente, se codificaron los perfiles de toda la muestra. A continuación se realizó una distribución de frecuencias con el total de perfiles obtenidos con la finalidad de ver si, además de los perfiles seleccionados previamente para poner a prueba la hipótesis de depresión (2-7/7-2; 2-8/8-2; 7-8/8-7; Apartado III.2.2.1.3), había algún otro código que fuera interesante analizar, debido a su mayor frecuencia en las muestras estudiadas. Los resultados se ofrecen

a continuación en la siguiente Tabla:

Tabla 41. Frecuencias de códigos de dos escalas en las muestras evaluadas.

PERFILES	DEPRIMIDAS	ANORÉXICAS	NOPACIENTES
1-2/ 2-1	20%	18%	10%
1-3/ 3-1	4%	6%	2%
1-4/ 4-1	0%	2%	0%
1-5/ 5-1	2%	2%	2%
1-6/ 6-1	2%	2%	2%
1-7/ 7-1	0%	0%	0%
1-8/ 8-1	8%	6%	2%
2-0/ 0-2	2%	8%	2%
2-3/ 3-2	10%	20%	18%
2-4/ 4-2	8%	6%	4%
2-5/ 5-2	0%	14%	6%
2-7/ 7-2	14%	4%	8%
2-8/ 8-2	8%	0%	8%
4-6/ 6-4	4%	0%	0%
5-3/ 3-5	0%	0%	2%
6-8/ 8-6	2%	0%	4%
8-4/ 4-8	4%	2%	0%
8-7/ 7-8	4%	0%	6%
8-9/ 9-8	2%	6%	2%
9-4/ 4-9	2%	2%	4%
9-5/ 5-9	4%	2%	14%
9-7/ 7-9	0%	0%	2%

Conviene señalar varios aspectos.

- En la muestra de **pacientes con diagnóstico de depresión** encontramos como más frecuentes los perfiles **2-1/1-2** y **2-7/7-2**. El perfil **2-7/7-2**, había sido previamente seleccionado (Apartado III.2.2.1.3) y su presencia en estas pacientes es esperable por ser propio de personas con fuertes sentimientos de ansiedad y depresión. El perfil **2-1/1-2** (depresión/hipocondría) es propio de sujetos que se preocupan excesivamente por su salud y el funcionamiento de su cuerpo; exageran sus fallos o defectos, son introvertidos, solitarios

y pesimistas; son sujetos neuróticos hipocondríacos, ansiosos o depresivos.

- En la **muestra de anoréxicas** los perfiles más comunes son el 2-3/3-2, 2-1/1-2 y, finalmente, el 2-5/5-2. La presencia de la *escala 2*, correspondiente a la patología depresiva, significativa en esta muestra, aparece combinada con las escalas 3, 1 y 5. El perfil 2-3/3-2 (depresión/histeria) es propio de sujetos muy controlados, incapaces de expresar sus sentimientos; su ansiedad no es muy invalidante pero tienen abundantes síntomas psicopatológicos como tristeza, agotamiento, nerviosismo, etc.; entre estos sujetos son frecuentes los diagnósticos de neurosis depresiva (Roig-Fusté, 1989). El perfil 2-5/5-2 corresponde a adolescentes tímidos, indecisos, extremadamente negativistas, hipersensibles y suspicaces; son perfeccionistas, meticulosos e intelectualizadores; se les percibe como deprimidos y socialmente torpes. Finalmente, el perfil 2-1/1-2, es el único que tienen en común con las pacientes diagnosticadas de depresión, apareciendo en ambos grupos con una frecuencia bastante similar.

- En el **grupo de control**, además del perfil 2-3/3-2, que comparten con las anoréxicas aparece un perfil diferente, el 9-5/5-9. Este perfil ha sido poco estudiado en adultos. Marks, Seeman y Haller (1974) crearon este grupo de codificación con 20 jóvenes y los describieron como el grupo con una psicopatología mucho menor que la de los otros perfiles, con una patología suave o moderada. En general, estos adolescentes tenían buen rendimiento escolar y, aunque sus padres los describían como rebeldes, presentaban dificultades de dependencia y asertividad.

Vemos pues, que únicamente los perfiles 2-3/3-2; 2-1/1-2 ; 2-5/5-2; 5-9/9-5 alcanzan frecuencias algo elevadas, por lo que fueron éstos los únicos perfiles que se añadieron a los ya previamente seleccionados.

La aplicación de ji-cuadrado, proporciona los resultados que se aportan en la Tabla 42.

Tabla 42. Códigos de dos escalas MMPI: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	χ^2	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
2-7 / 7-2	3.20	0.14	0.202	8%	92%	4%	96%	14%	86%
2-8 / 8-2	4.23	0.17	0.121	8%	92%	0%	100%	8%	92%
7-8 / 8-7	0.00	0.00	1.000	8%	92%			8%	92%
	2.90	0.14	0.235	6%	94%	0%	100%	4%	96%
	0.46	0.05	0.646	6%	94%			4%	96%
2-3 / 3-2	2.08	0.12	0.353	18%	82%	20%	80%	10%	90%
2-1 / 1-2	2.08	0.12	0.353	10%	90%	18%	82%	20%	80%
2-5 / 5-2	(7.93)	(0.22)	(0.019*)	(6%)	(94%)	(14%*)	(86%)	(0%)	(100%*)
	0.13	0.13	0.182	6%	94%	14%	86%		
5-9 / 9-5*	6.64	0.21	0.036*	14%*	86%	2%	98%	4%	96%

Nota: - Sombreado: variables significativas.

- Lo primero a reseñar es la falta de resultados significativos. Sólo en el grupo de no pacientes resulta significativo el perfil 5-9/ 9-5, el menos patológico de los descritos, pero esta significación no se puede tener en cuenta debido al escaso número de sujetos de los otros dos grupos. Por tanto, lo único que cabe concluir es que en estas muestras ningún perfil resulta diferenciador y que, probablemente, habría que ampliar el tamaño de éstas para obtener resultados más claros y concluyentes.
- Lo único que es común a **anoréxicas** y **deprimidas** es que en sus perfiles siempre está presente la depresión, aunque con distintos matices, según el código acompañante. También, como dato curioso, cabe señalar que únicamente las pacientes anoréxicas son las que tienen perfiles comunes tanto con las pacientes diagnosticadas de depresión (2-1/1-2) como con el grupo de control (2-3/3-2). Esta posición de la patología anoréxica, de aparecer en una situación intermedia entre las otras dos muestras estudiadas, es un hecho que se viene repitiendo a lo largo del análisis realizado.

IV.1.3.- CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL).

El trabajo realizado con esta escala fue similar al que se llevó a cabo con *MMPI*, es decir, un análisis parcial de los datos, aunque la aplicación de la prueba fue íntegra, limitándose el estudio fundamentalmente a las variables relacionadas con depresión. Los mismos motivos de concreción señalados anteriormente determinaron esta actuación, dejándose para ulteriores trabajos las conclusiones derivadas de un estudio exhaustivo de esta escala.

Conviene precisar también que la información aportada por *CBCL* tiene, en esta investigación, distinto peso que la información que proporcionan *Rorschach* y *MMPI*. Achenbach y Edelbrock (1983) señalan que los títulos de las subescalas de *CBCL* son

descriptivos de los ítems que las integran, pero que no son equivalentes a diagnósticos clínicos ni a la nomenclatura psicopatológica tradicional. Por ello, las subescalas de *CBCL* se utilizan, en esta investigación, como pruebas complementarias a la información que proporcionan las otras fuentes diagnósticas (*RDC*, *Rorschach* y *MMPI*), constituyendo un criterio externo útil con el que contrastar dichas fuentes.

IV.1.3.1.-Resultados de las subescalas de depresión, ansiedad, esquizoidia y quejas somáticas: Análisis de varianza.

Los resultados del análisis de varianza realizado a estas puntuaciones, directas y típicas, se ofrecen en la Tabla 43 (pág. 300), acompañados de sus estadísticos univariantes correspondientes, para una mayor comprensión de los mismos.

- Los padres de las pacientes **anoréxicas** y de las pacientes **deprimidas** informan de la presencia de ansiedad y de depresión en sus hijas, en mayor medida que los padres de las no pacientes. Esto se afirma, según los resultados, con muy escasa probabilidad de error ($p < 0.001$ y $p < 0.01$, respectivamente), con potencias estadísticas muy elevadas, lo que indica que la probabilidad de captar las diferencias que existen es altísima.

Sin embargo, la estadística descriptiva informa de que las puntuaciones medias de estos grupos no son muy elevadas, rebasando el punto de corte $T > 70$ únicamente las puntuaciones de la **subescala de depresión**, en los dos grupos de pacientes, anoréxicas y deprimidas, y con valores muy cercanos a este punto de corte. Las puntuaciones medias en la **subescala de ansiedad**, más elevada en el grupo de pacientes deprimidas, no sobrepasan el punto de corte establecido como clínicamente significativo. Es decir, que las diferencias son estadísticamente más significativas de lo que resultan serlo a nivel clínico, no pudiendo hablarse de la presencia de ansiedad a niveles patológicos.

Tabla 43. Variables CBCL: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	η	Potencia
<i>Ansiedad (directa)</i> *** ♦	13.06 (p = 0.000)***	Anorex. y Depres.>No Pac.	26.61 (p = 0.000)***	0.40	1.00
<i>Ansiedad (típica)</i> *** •		Anorex. y Depres.>No Pac.	24.87 (p = 0.000)***	(0.36)	(0.99)
<i>Quejas somáticas (directa)</i> ♦	2.07 (p = 0.129)		3.84 (p = 0.146)	0.17	0.46
<i>Quejas somáticas (típica)</i>	1.90 (p = 0.153)			0.17	0.39
<i>Esquizoidia (directa)</i>	1.51 (p = 0.224)			0.14	0.32
<i>Esquizoidia (típica)</i>	1.42 (p = 0.245)			0.14	0.30
<i>Depresión (directa)</i> **	6.85 (p = 0.001)**	Anorex. y Depres.>No Pac.		0.30	0.92
<i>Depresión (típica)</i> **	7.21 (p = 0.001)**	Anorex. y Depres.>No Pac.		0.30	0.93

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

- Sombreado: variables significativas.

- ♦ Variables transformadas; • Variables transformadas pero no homocedásticas.

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN					
	Media	D.T.	Mdna	RIC	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	RIC	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	RIC	Moda	Asim.
<i>Ansied.direct.</i>	8.42	4.11	8.00	4.00	6.00	1.52	12.48	4.76	12.00	8.00	6/9/17	0.21	13.60	6.34	12.00	9.25	11.00	0.32
<i>Ansied.típica</i>	62.66	5.84	63.00	6.00	59.00	1.12	67.28	8.72	68.50	9.50	69.00	-2.43	69.84	8.10	69.00	11.25	68.00	0.12
<i>Q.som.direct.</i>	0.70	1.25	0.00	1.00	0.00	2.63	1.08	1.59	1.00	2.00	0.00	2.47	1.34	1.86	1.00	2.25	0.00	1.57
<i>Q.som.típica</i>	59.26	5.19	56.00	5.00	56.00	1.78	60.96	6.18	61.00	11.00	56.00	1.34	61.56	6.89	61.00	11.50	56.00	1.13
<i>Esquizo.dir.ec.</i>	1.70	1.53	2.00	1.00	2.00	1.64	2.04	1.93	2.00	2.25	0./2.	1.14	2.30	1.72	2.00	3.00	1.00	0.49
<i>Esquizo.típica</i>	61.62	5.65	64.00	6.00	64.00	0.78	62.68	6.84	64.00	9.75	55./64	0.63	63.74	6.33	64.00	12.00	58.00	0.12
<i>Depre.direct.</i>	7.98	3.97	7.00	5.00	5./7.	0.93	10.62	3.41	11.00	5.50	11.00	0.14	10.48	4.56	10.00	6.00	12.00	0.44
<i>Depre.típica</i>	65.68	7.76	64.00	9.00	60/64.	0.83	71.02	6.61	72.00	11.75	72.00	0.09	70.58	8.87	69.00	12.00	74.00	0.42

Nota: - Sombreado variables paramétricas: media, desviación típica. Sombreado no paramétricas: mediana, amplitud intercuartil (RIC).

Los puntos de corte utilizados en esta investigación son los propuestos por Achenbach y Edelbroch (1983), esto es, $T > 70$, percentil 98. Sardinero, Pedreira y Muñiz (1997) informan de la utilización de otros percentiles: así, con cortes > 85 estos autores consideran que *CBCL* puede ser utilizada por los profesionales de Salud Mental infantil como instrumento de evaluación psicopatológica (p. ej., como entrevista estructurada); con cortes > 90 la especificidad es máxima, por lo que puede utilizarse en investigaciones psicopatológicas, pero en este caso deben corresponderse puntuaciones altas en la subescala que se quiere investigar, en la escala en la que se encuentre integrada dicha subescala (Internalización/Externalización) y en el conjunto del *CBCL*. Al utilizarse esta escala como contraste, se prefirió seguir las directrices de los propios autores (Achenbach, & Edelbroch, 1983).

- Las puntuaciones de estos grupos en las subescalas de **quejas somáticas** y **esquizoidia**, no aportan resultados diferenciadores entre los tres grupos.
- Haciendo un **análisis cualitativo** de los ítems de estas dos escalas, ansiedad y depresión y calculando la frecuencia con que aparecen, se pueden aportar más datos:

➤ **Escala de ansiedad:**

- ⇒ Es **común** a los tres grupos el que los padres digan que sus hijas son responsables, se avergüenzan con facilidad (ítem 71) y que tienden a preocuparse por todo (ítem 112).
- ⇒ Como más característico de las **anoréxicas** señalan la presencia de ideas obsesivas, en relación con el tema de la delgadez (ítem 9 = 80%) y la creencia de que deben ser perfectas (ítem 32), presente también en un 80% de casos.
- ⇒ Como más característico de las pacientes **deprimidas** aparecen las quejas de soledad (ítem 12 = 60%), de no sentirse queridas (ítem 33 = 68%), ser rechazadas por los demás (ítem 34 = 60%), sentirse inútiles (ítem 35 = 68%), ansiosas (ítem 50 = 60%) y tener

pesadillas (ítem 47 = 36%).

⇒ Tanto **anoréxicas** como **deprimidas** comparten el hecho de dormir menos que la mayoría de chicas de su edad (ítem 76), ser nerviosas, excitables y tensas (ítem 45) y el llorar mucho (ítem 14). También, en ambas, se da cierta tendencia a sentirse muy culpables por todo (ítem 52 = 32% y 34%, respectivamente), sobre todo si se comparan con la muestra de no pacientes, en la que este sentimiento suele estar bastante ausente (8%, sólo algunas veces lo experimentan).

➤ **Escala de depresión:**

⇒ Aparece como rasgo **común** a los tres grupos la terquedad e irritabilidad, según informan sus padres (ítem 86), aspectos muy propios también del periodo evolutivo por el que atraviesan.

⇒ Las pacientes **deprimidas** son descritas como tímidas (ítem 75 = 84%).

⇒ Tanto las **anoréxicas** como las **deprimidas** comparten el encontrarse muy a menudo cansadas (ítem 54), la tendencia a enfurruñarse y protestar por todo (ítem 88) y, sobre todo, el estar tristes, deprimidas (ítem 103). Este último ítem es especialmente importante para la depresión, puesto que es un criterio ineludible (Ezpeleta, Domènech y Polaino, 1988). La intensidad de esta tristeza es algo mayor en las anoréxicas, mientras que las adolescentes deprimidas experimentan este sentimiento con mayor frecuencia.

• En ninguno de los tres grupos se describen de forma sistemática conductas desorganizadas o bizarras (salvo las conductas extrañas de las anoréxicas en relación con la comida), indicativas de patología severa. Tampoco aparecen en gran medida quejas somáticas, lo que resulta llamativo en una patología psicósomática como es la AN, en la que los padres refieren únicamente eventuales mareos en sus hijas (40%).

- **Resumiendo** los resultados de estas subescalas podemos decir que los padres de las pacientes diagnosticadas de depresión y los de las anoréxicas informan que sus hijas están deprimidas, tristes y angustiadas en mayor medida que lo expresado por los padres de las adolescentes del grupo de control, pero sólo el puntaje de la escala de depresión alcanza significación más patológica. La ansiedad de ambos grupos de pacientes se manifiesta en forma de excitabilidad, tendencia a culpabilizarse por todo y problemas para dormir; sin embargo, mientras que las anoréxicas se angustian también por el tema de la delgadez y su afán de perfeccionismo, las deprimidas se angustian por sentirse solas, infravaloradas y rechazadas. La depresión de ambos grupos los padres la circunscriben a su cansancio, tristeza y continua protesta; es decir que, a través de *CBCL* los padres detectan el humor disfórico de sus hijas y aspectos conductuales, fácilmente evidenciables.

IV.1.4.- SINTESIS FINAL Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS SOBRE DEPRESIÓN: *Rorschach, MMPI y CBCL.*

A la vista de los datos que se han ido obteniendo de forma parcial, con cada uno de los tests empleados, en esta síntesis se integrarán únicamente los resultados significativos en torno a la presencia o ausencia de *depresión y ansiedad*, en cada uno de los tres grupos estudiados.

IV.1.4.1.- Muestra de pacientes deprimidas.

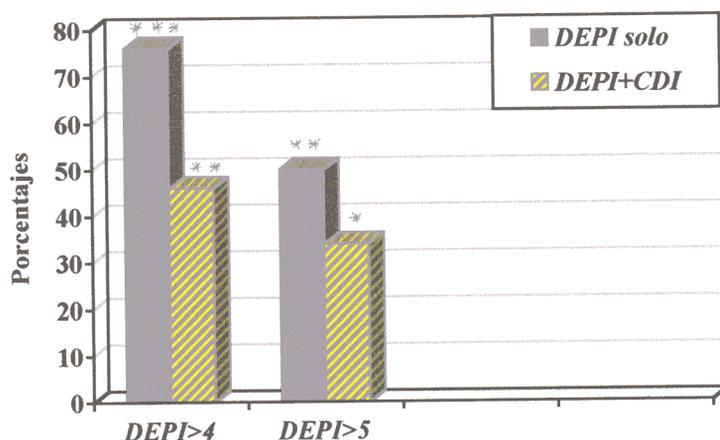
A) Los resultados sobre la **presencia de depresión** en este grupo son concluyentes y se obtienen con la total concordancia de los tres instrumentos que se han utilizado para evaluarla.

- *Rorschach*:

➤ La presencia de *DEPI* positivo es altamente significativa, tanto si analizamos el punto de corte $DEPI \geq 5$ (76%, $p < 0.001$) como si lo restringimos a $DEPI \geq 6$ (50%, $p < 0.01$).

➤ Analizando conjuntamente los índices *DEPI* y *CDI*, la presencia de depresión continúa siendo significativa ($p < 0.01$ y $p < 0.05$) y da lugar al siguiente gráfico.

Figura 11. Índices *DEPI* y *CDI* en la muestra de pacientes deprimidas.



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

En este diagrama de barras se aprecia, con claridad que, en la mayoría de los casos, la depresión de estas adolescentes es consecuencia de sus dificultades para relacionarse con su entorno (*DEPI* y *CDI* positivos).

Una clara consecuencia que se deriva de este resultado es la importancia de lograr un diagnóstico de depresión lo más matizado posible para planificar el tratamiento del paciente de forma adecuada. La farmacoterapia, práctica habitual ante un síndrome depresivo, en estas depresiones consecuentes a un problema de disfunción social, sólo servirá para cronificar la patología, hecho muy grave siempre, pero más aún cuando se trabaja con pacientes jóvenes. La planificación del tratamiento, teniendo en cuenta este dato, variará totalmente, ya que lo fundamental será mejorar las habilidades sociales de estos sujetos, lo

que, secundariamente, incidirá en su depresión. El test *Rorschach* resulta de gran utilidad para establecer esta diferenciación.

- *MMPI*:

➤ La presencia de depresión, medida con la *escala 2* de este test, es altamente significativa ($p < 0.001$; potencia 1; η 0.52). Una puntuación típica elevada ($PT > 70$) la alcanzan el 74% de estas adolescentes.

- *CBCL*:

➤ La presencia de depresión, medida por la subescala *CBCL* correspondiente, alcanza significación estadística, con respecto al grupo de control ($p < 0.05$; potencia 0.93; η 0.30), aunque su significación clínica está en el punto límite ($PT = 69.8$).

B) Los resultados sobre la **presencia de ansiedad**, existente en la mayoría de síndromes depresivos, también resultan bastante homogéneos en este grupo, en las tres pruebas aplicadas.

- *Rorschach*:

➤ Se hace patente un gran sufrimiento interno ($Sum SH > FM + m$; $p < 0.01$) en muchas de estas adolescentes (62%), en parte debido a su constricción afectiva ($C' > 2$, $p < 0.05$), a una serie de emociones que no son capaces de expresar. Ambas variables representan características de índole afectiva.

➤ También se constata su baja autoestima, a través de una variable que refleja aspectos cognitivos (*Índice de Egocentrismo* < 0.33), presente en un 70% de estas jóvenes.

➤ Las restantes variables que han resultado significativas al analizar estos índices se comentarán posteriormente, incluidas en los agrupamientos a los que pertenecen. El análisis de los protocolos *Rorschach* por agrupamientos de variables es una propuesta de Exner (1991, 1993/1994), según la cual los datos no se estudian como constituyendo una

amalgama de variables singulares, sino como variables reunidas en grupos, cada uno de los cuales se relaciona con características específicas de la personalidad total.

Las variables a las que se hace referencia, son las siguientes:

⇒ *Sum SH; C'; SumPondC*, ⇒ Agrupamiento de *Afectos*.

⇒ *Mor*; Índice de *Egocentrismo* ⇒ Agrupamiento de *Autopercepción*.

⇒ *EA; Adj D* ⇒ Agrupamiento de *Controles*.

- *MMPI*:

➤ La *escala 7*, confirma la presencia de ansiedad detectada también en *Rorschach*, con excelentes niveles de significación ($p < 0.001$; potencia 0.99; $\sqrt{\eta} 0.36$), aunque con puntuaciones medias no demasiado elevadas ($PT = 66$). Se podría pensar que estas jóvenes expresan menos angustia (*MMPI*) de la que internamente sienten (*Rorschach*).

- *CBCL*:

➤ Los padres de estas adolescentes confirman la presencia de ansiedad ($p < 0.001$), que bordea niveles psicopatológicos ($PT = 69.84$).

C) En **resumen**, tal y como era de esperar, la presencia de un trastorno afectivo, muchas veces severo, se hace patente en la personalidad global de estas adolescentes (*Rorschach*), que también se autodescriben (*MMPI*) y son percibidas como tristes y deprimidas por sus padres (*CBCL*). Junto a esta depresión hay una importante carga de ansiedad (*Rorschach*, *MMPI*, *CBCL*).

IV.1.4.2.- Muestra de pacientes anoréxicas.

A) La respuesta a la pregunta planteada sobre la existencia o no de una **depresión** en estas pacientes anoréxicas es, aparentemente distinta, según los instrumentos empleados para evaluarla.

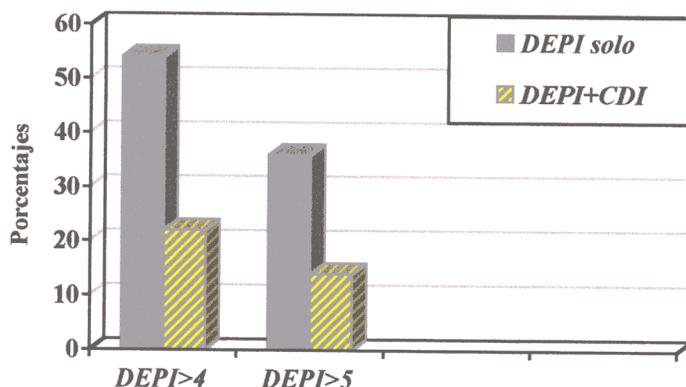
- En el test *Rorschach*:

➤ El Índice *DEPI*, en esta muestra, no alcanza ningún tipo de significación. Las anoréxicas están en una situación intermedia entre las pacientes deprimidas, en las que la presencia de depresión es 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 anoréxicas que se deprimen es mayor que el de no pacientes y menor que el de las pacientes diagnosticadas de depresión, no destacando en ninguno de los dos sentidos, ni por la presencia de TAF ni por la ausencia del mismo.

➤ Las diferencias en TAF a las que aludíamos anteriormente se mantienen, tanto si nos referimos a vivencias depresivas ocasionales ($DEPI = 5$), como si hablamos de un trastorno afectivo severo, de una verdadera depresión ($DEPI \geq 6$).

➤ Analizando el Índice *CDI* junto con *DEPI*, es posible ampliar y matizar lo expuesto hasta ahora sobre este grupo, que se plasma gráficamente en la figura 12.

Figura 12. Índices *DEPI* y *CDI* en la muestra de pacientes anoréxicas.

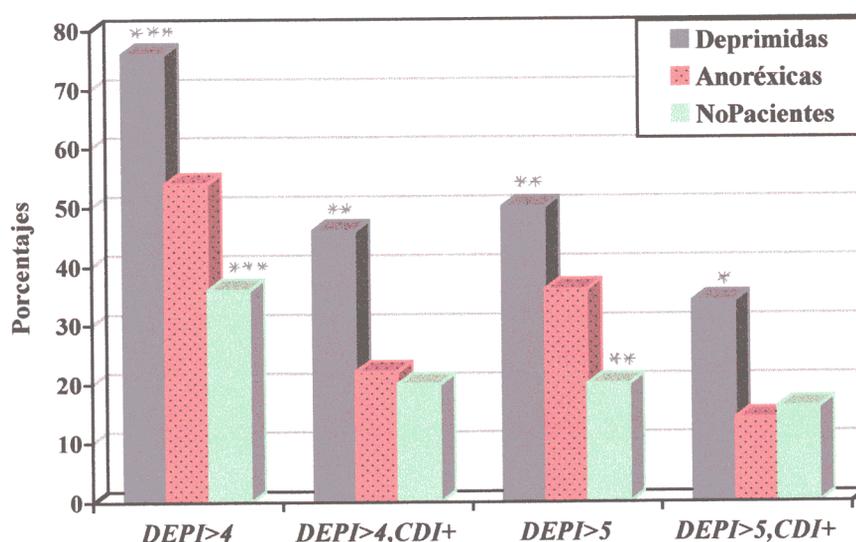


Se puede apreciar que en muchas de estas pacientes, cuando aparece un *DEPI* positivo no va unido a un *CDI* igualmente positivo, por lo que se puede concluir que cuando las anoréxicas, además de su problema de alimentación, están deprimidas, su depresión no es

consecuencia directa de una inhabilidad en el área interpersonal. Este dato añade una diferencia más a los resultados que sobre depresión encontramos entre este grupo y el grupo de pacientes diagnosticadas de depresión.

➤ Comparando gráficamente los resultados de las tres muestras en estas mismas variables obtenemos la Figura 13, en la que se pueden apreciar con claridad las diferencias entre los grupos.

Figura 13. Índices DEPI y CDI en las tres muestras evaluadas.



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

➤ Conviene recordar que los índices de validez del grupo de anoréxicas son adecuados (R , en el rango normal; $\Lambda < 0.99$), por lo que los resultados y conclusiones que se derivan de los análisis estadísticos aplicados tienen gran solidez y no es probable que haya rasgos de personalidad que, estando presentes, no se hayan podido captar.

- A través del *MMPI* podemos afirmar que:

➤ Parece claro y concluyente el resultado del AV realizado, que permite afirmar, en nuestra muestra, que las pacientes anoréxicas presentan un trastorno afectivo, una depresión, medida con la *escala 2* del *MMPI* ($p < 0.001$; potencia 1.0; $\eta 0.52$).

➤ La presencia de depresión en las anoréxicas ha sido constatada desde la psicometría, a través de cuestionarios, en múltiples ocasiones:

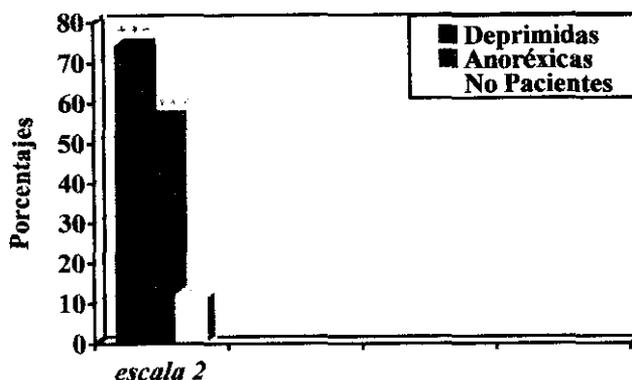
⇒ Es ya clásica la investigación del equipo de Minnesota (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor), realizada en los años 50, con 36 objetores de conciencia psicológicamente sanos, para determinar los efectos psicobiológicos de la inanición. Estos sujetos experimentales, recibieron durante seis meses una dieta de semi-inanición, lográndose una situación muy parecida a la de las anoréxicas, tanto por el volumen de la dieta como por el carácter voluntario de la misma. Sólo les diferenciaba, por lo menos en un principio, la ausencia del deseo de adelgazar en el caso de los objetores. Al final del periodo fijado estos objetores presentaban una conducta anoréxica: tardaban muchísimo tiempo en comer, la comida era su tema de conversación predominante, coleccionaban y almacenaban objetos relacionados con la comida, etc. En líneas generales, sus comportamientos se fueron haciendo obsesivo-compulsivos, sobre todo en torno al tema de la alimentación. Psicológicamente denotaban una reducción importante de sus intereses, dificultades de atención y concentración, una clara tendencia al aislamiento social y una evidente irritabilidad. El *MMPI* se alteró dramáticamente, concretamente las escalas correspondientes a hipocondría (*escala 1*), depresión (*escala 2*) e histeria (*escala 3*). La puntuación más alterada fue la de la *escala 2*, que pasó de una puntuación típica media de 54,2, durante el periodo basal, a una puntuación patológica de 73,9 en la semana 24 de restricción calórica.

⇒ Norman y Herzog (1983) informan que en las anoréxicas se producen perfiles con elevadas puntuaciones en las escalas de depresión (*escala 2*), desviación psicopática (*escala 4*) y esquizofrenia (*escala 8*).

- ⇒ Goodwin y Andersen (1984) aplican *MMPI* a 33 anoréxicas, 7 pacientes con otras patologías (5 deprimidas y 2 obsesivas) y 10 sin psicopatología alguna. En los dos grupos de pacientes, obtienen perfiles marcadamente anormales, con picos altos en depresión, obsesividad, ansiedad y esquizofrenia.
- ⇒ Aunque se observan diferencias en estos hallazgos, el aumento de la escala 2 está presente en todos ellos. A esta conclusión llegan Swift, Andrews y Barklage (1986) revisando estudios en los que se han administrado diversos cuestionarios y escalas (*MMPI*, *Beck*, etc.) a pacientes anoréxicas, observando que las puntuaciones obtenidas sitúan a estas pacientes cerca o por encima de la significación depresiva.
- ⇒ Finalmente, se menciona la aportación de Fernández y Turón (1998), por tratarse de una publicación reciente. Estos autores refieren que, aplicando el *Beck Depression Inventory (BDI)*: Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), adaptado a la población española, por Vázquez y Sanz en 1991, a pacientes anoréxicas y bulímicas, se observa una marcada sintomatología depresiva, que oscila entre leve y grave, en un 90% de los casos, pero que aparece con más frecuencia en bulímicas.
- Gráficamente, los resultados *MMPI* se pueden representar en un diagrama de barras, tal y como aparece en la Figura 14 (pág. 311), en la que, para mayor claridad, se incluyen los resultados obtenidos en las otras muestras evaluadas.
- Conviene señalar que, aunque en esta escala se constata la presencia significativa de depresión en ambos grupos de pacientes, anoréxicas y deprimidas, las diferencias entre ellos son importantes ($d = 18\%$). Aplicando el estadístico ϕ a los resultados de estos dos grupos, que obtienen una puntuación típica superior a 70 en esta escala, se logran resultados que están muy cerca de ser significativos ($p = 0.05$; análisis de residuos = 1.9), lo que nos indica que, aunque en ambos grupos la presencia de depresión es significativa, las pacientes

diagnosticadas de depresión se deprimen en mayor medida que las pacientes anoréxicas, llegando estas diferencias a rozar niveles de significación estadística.

Figura 14. Resultados de la *escala 2 MMPI*, en las tres muestras evaluadas.



Nota: $p < 0.001 = ***$.

- En cuanto a las *escalas de validez* del *MMPI* (*F* y *K*), el grupo de anoréxicas está muy cercano a los valores medios en ambas escalas, manifestando, al igual que el grupo de control, una buena posibilidad de adaptación y adecuación ante el examen que se les realiza. Este dato coincide con lo expresado acerca de la validez de los protocolos *Rorschach* de estas pacientes.
- Antes de proseguir con la exposición de resultados, conviene situar los datos obtenidos en esta investigación sobre la presencia de depresión en la muestra de pacientes anoréxicas, en relación a las referencias bibliográficas aportadas por otros autores que han estudiado el tema. En los estudios revisados lo más característico es la gran variabilidad que aparece en los datos aportados, según los autores que realizan la investigación y en función de los criterios diagnósticos y los métodos de evaluación utilizados. La Tabla 44 (pág. 312) recoge algunos de estos trabajos, de los que se han excluido, cuando ha sido posible, los datos sobre bulimia, aunque en la mayoría de estos estudios ambas patologías, AN y BN, aparecen muy entremezcladas.

Tabla 44. Frecuencia de sintomatología depresiva en A.N.

Autor / Año.	Muestra	Métodos de evaluación.	%
Cantwell y cols. / 1977.			> 33%
Chinchilla / 1983.	34 AN.	“distimia vital ostensible”.	55%.
/ 1994.	123.	Síntomas depresivos.	62%.
Hendren / 1983.	84 AN.	RDC: Trastorno depresivo mayor. Depresión endógena.	56% 35%.
Hudson, Pope et al. / 1983b.			81%
Herzog / 1984.	27 AN.	SADS-C: Trastorno depresivo mayor.	55,6%.
		Escala de Hamilton: Depresión moderada o severa.	40,7%.
		Entrevista DSM III: Episodio depresivo mayor.	74,1%.
	33 AN.	SADS-C y RDC: Depresión mayor.	45,4%.
Yellowlees / 1985.	31 AN.	DSSI: Estado deprimido.	94-100%.
Toro y Vilardell/1987		Trastorno depresivo mayor.	≈ 33%.
APA / 1993		D agudas, distimias (Halmi, 1991).	50-75%.
Morandé y cols/1995.		melancolía, distimia.	≈ 66%.
Turón / 1997.	75 AN.	DSM III-R: Depresión mayor. Distimia.	27%. 42%.

Nota: SADS-C = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version; RDC = Research Diagnostic Criteria; DSSI = Delusion, Symptoms and States Inventory.

➤ Recordemos que los porcentajes obtenidos en el presente estudio incluyen, conjuntamente, depresiones mayores y trastornos distímicos, según se acordó y justificó anteriormente (Apartado III.3.3) y oscilan entre un 36% ($DEPI \geq 6$), un 54% ($DEPI \geq 5$) en *Rorschach* y un 56% (escala 2), en *MMPI*.

➤ No aparece ningún perfil característico en ninguna de las muestras estudiadas, quizá debido al propio tamaño muestral. A pesar de ello, nuestros resultados coinciden con los

obtenidos por los investigadores del grupo de Minnesota (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950), cuyo experimento con objetores, para determinar los efectos de la inanición, se comentaba anteriormente (pág. 309). En nuestra muestra de pacientes anoréxicas, las elevaciones más frecuentes se producen también en la *escala 2* (depresión), *escala 3* (histeria) y *escala 1* (hipocondría) de *MMPI*.

- **CBCL:**

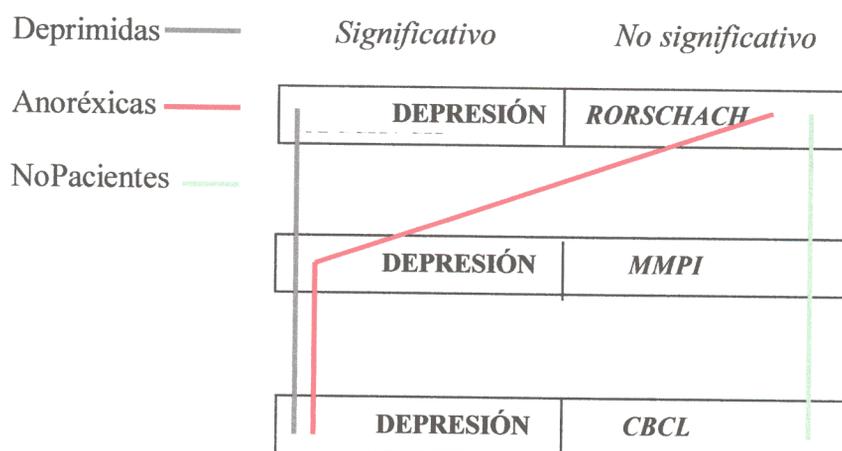
➤ Los padres de estas adolescentes anoréxicas informan de los siguientes aspectos:

⇒ Observan que sus hijas parecen cansadas, tienen tendencia a protestar por todo y que están tristes. La diferencia con las descripciones que hacen los padres de las adolescentes del grupo de control es significativa ($p < 0.01$) y está avalada por una buena potencia estadística (0.93).

⇒ La descripción hecha por los padres de estas pacientes, concuerda con su propia autodescripción (*escala 2* del *MMPI*).

- **Recapitulando** los resultados obtenidos hasta el momento, vemos que son diversos, según el instrumento utilizado pues, mientras en *Rorschach* la existencia de depresión no alcanza significación alguna (*DEPI*), sí resulta significativa en *MMPI* (*escala 2*) y en *CBCL*.

Figura 15. Depresión (*Rorschach*, *MMPI*, *CBCL*) en las muestras evaluadas.



Antes de intentar explicar esta aparente contradicción, conviene hacer referencia a otros aspectos que puedan aportar más datos a la comprensión de este problema, como por ejemplo, el análisis de la ansiedad en estos grupos, ya que esta alteración suele estar presente en los cuadros de depresión.

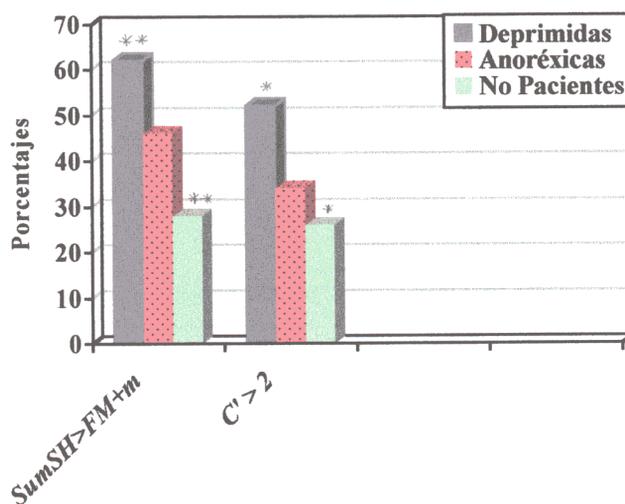
B) En cuanto a la variable **ansiedad**, los resultados que se obtienen son los siguientes.

- Test de *Rorschach*:

- En la muestra de pacientes anoréxicas la presencia de incomodidad o malestar interno, debido a factores emocionales ($Sum\ SH > FM + m$), no es significativa en ningún sentido (ni su ausencia ni su presencia). Tampoco se encuentra forma alguna de restricción afectiva ($C' > 2$) que les genere un importante monto de ansiedad.

- Gráficamente se aprecia que las adolescentes anoréxicas vuelven a ocupar una situación intermedia entre las pacientes deprimidas y el grupo de control, tal y como se refleja en la Figura siguiente:

Figura 16. Ansiedad (*Rorschach*) en las tres muestras evaluadas.

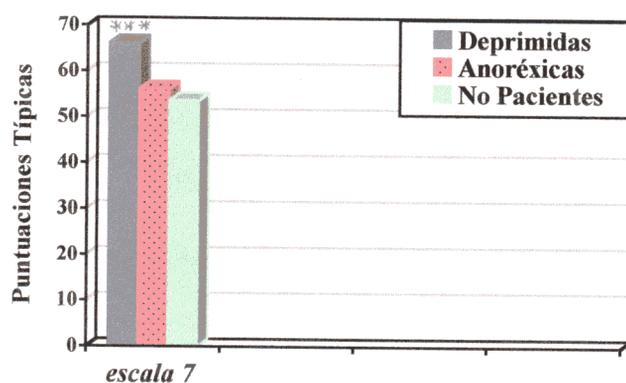


Nota: $p < 0.01 = **$; $p < 0.05 = *$.

- En *MMPI* obtenemos los siguientes resultados:

➤ Las pacientes anoréxicas cuando hablan de sí mismas no se atribuyen ansiedad (escala7), siendo su autodescripción muy parecida a la que hacen las adolescentes del grupo de control. El diagrama de barras, permite ver su representación gráfica:

Figura 17. Puntuaciones de ansiedad (escala 7) en las muestras evaluadas.



Nota: $p < 0.001 = ***$.

➤ La ausencia de ansiedad patológica en la AN, que muestra tanto *Rorschach* como *MMPI*, está en desacuerdo con la opinión de muchos autores:

⇒ Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens (1985) señalan que se producen auténticas crisis de angustia en un 40-50% de AN.

⇒ Turón (1997; Fernández y Turón, 1998) opina que la ansiedad está presente, desde el principio, en la AN. Se puede manifestar de forma generalizada y luego focalizarse en determinadas cuestiones, como por ejemplo el engordar, adquiriendo las características de una auténtica fobia (Toro y Vilardell, 1987), que luego se generaliza a toda la alimentación.

⇒ Lasa y Canedo (1997) consideran que la ansiedad es una vivencia constante en los TCA, aunque con diferentes matices. Hablan de una ansiedad difusa, no sólo mantenida y aumentada por los factores externos que influyen en ellos, como la presión familiar, médica, etc., sino también por el temor fóbico a engordar y perder el control de la

comida.

➤ Otros autores, sin embargo, mantienen distinto punto de vista:

⇒ Pérez Galdós (1998, Junio) señala que el poder dominar el hambre se convierte en una fuente de placer para estas pacientes.

⇒ Al no sentir ni manifestar mucha ansiedad, se puede pensar que sus problemas resultan bastante egosintónicos. Con mucha frecuencia, las anoréxicas restrictivas logran, no comiendo, un cierto equilibrio que les permite no sufrir y negar su enfermedad. Este hecho, que se observa con bastante frecuencia en la práctica clínica, es señalado por Vallejo (1997) como el fondo caracteropático de esta patología, cuya presencia dificulta enormemente su tratamiento.

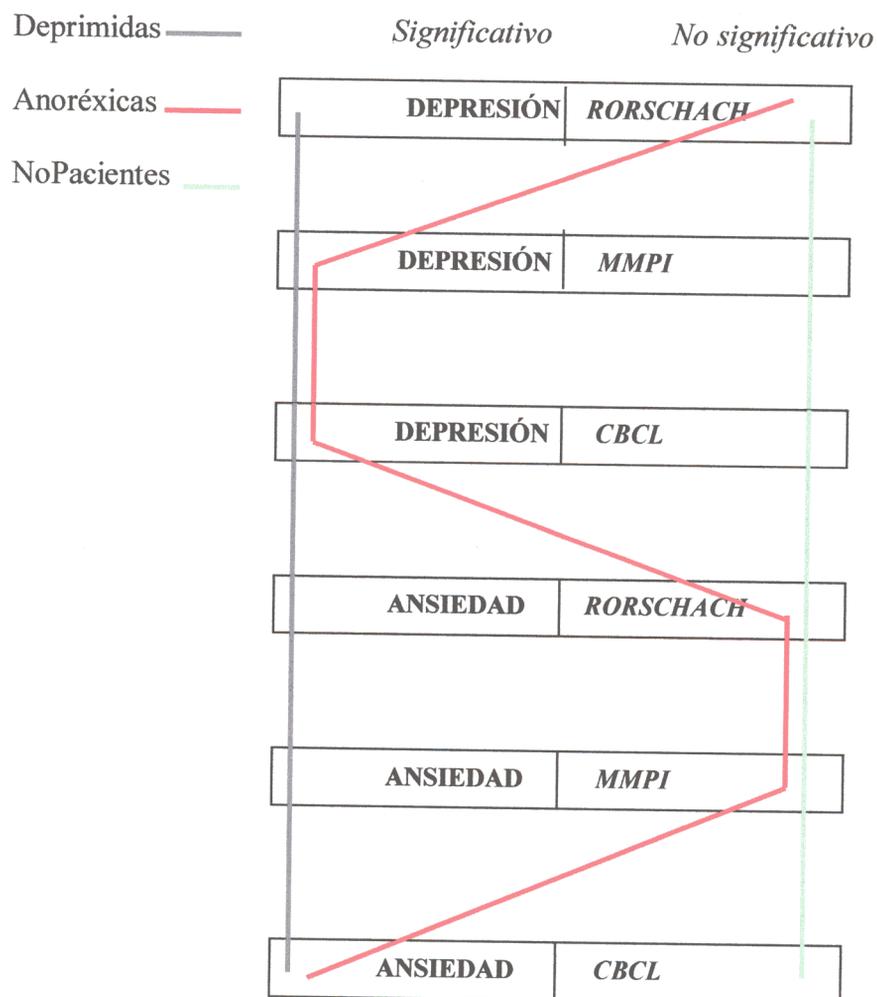
• A través de *CBCL*, los padres aportan sus observaciones:

➤ Perciben a sus hijas anoréxicas significativamente más ansiosas que las del grupo de control ($p < 0.001$), pero el monto de ansiedad con que las describen no llega a alcanzar significación clínica ($PT = 67.28$).

➤ Una posible explicación de esta percepción puede estar en el hecho de que la mayoría de las tensiones se dan en el seno familiar, en las interacciones que se establecen de lucha entre la paciente que no quiere comer y su familia, que tiene gran dificultad en poner en práctica las orientaciones dadas por los profesionales y quiere que su hija coma a toda costa. Con todo ello se suele conseguir que la paciente se afiance, con más fuerza si cabe, en su decisión de no comer. Las familias entran entonces en una dinámica de persecuciones, controles y suspicacias, que deterioran enormemente la convivencia y generan gran ansiedad en todos ellos, sobre todo a la hora de la comida y en relación con el tema de la alimentación. Quizá por ello la ansiedad registrada tiene que ver, sobre todo, con las situaciones en las que se les contrarían sus deseos.

C) **Resumiendo** gráficamente los resultados obtenidos hasta este momento, podemos completar la Figura 15.

Figura 18. Depresión y ansiedad (*Rorschach*, *MMPI*, *CBCL*) en las tres muestras evaluadas.



Según el instrumento utilizado, se constata la ausencia (*DEPI*, *Rorschach*) o presencia (*escala 2*, *MMPI*) de depresión en la muestra de anoréxicas. Los padres de estas pacientes coinciden con la autodescripción de sus hijas y les atribuyen sintomatología depresiva (*CBCL*). Sin embargo, hay acuerdo (*Rorschach*, *escala 7 MMPI*) sobre la ausencia de ansiedad en estas pacientes (*Rorschach*, *escala 7 MMPI*).

D) Es necesario abordar ahora la cuestión que se ha planteado sobre los distintos resultados entre *Rorschach* (*DEPI* no significativo) y *MMPI* (*escala 2* significativa), en su medida sobre una misma patología: la depresión. Vamos a reflexionar sobre esta diferencia de resultados, partiendo de la base de que se trata de dos medidas psicométricas fiables, como se ha demostrado ampliamente y que ambos resultados son difícilmente rechazables desde el punto de vista estadístico, por lo que será necesario proceder a la búsqueda de una posible explicación para esta aparente contradicción y a su **integración**.

- Al hablar del uso conjunto de *Rorschach* y *MMPI* (Apartado II.3.3), ya se hacía referencia a la diferencia entre ambos instrumentos, de la que, lógicamente, se iban a derivar aspectos distintos de la personalidad evaluada (Weiner, 1993), en función de que las dimensiones de estos dos instrumentos son relativas y no categóricas.

➤ En este mismo sentido se encuentran las aportaciones de Archer y Krishnamurthy (1993a y 1993b) obtenidas a través de estudios realizados con poblaciones adultas y adolescentes. Estos autores encuentran una correlación muy escasa, sólo ligeramente superior a la que se podría encontrar por azar, cuando estudian 50 variables *Rorschach* en relación con las 13 escalas básicas *MMPI* en una muestra de 197 adolescentes internos. En la revisión bibliográfica que realizan a continuación citan, entre otras, las correlaciones halladas por Archer y Gordon en 1988 entre *DEPI* y *escala 2* ($r = -0.06$) y las obtenidas por Lipovsky, Finch y Belter en 1989 ($r = 0.29$, $p < 0.05$), concluyendo que, salvo en el estudio de Lipovsky, las correlaciones son escasas o nulas. Afirman que debido a las diferencias en la tarea, consigna y procesos implicados, no es sorprendente que se obtengan tipos de información cualitativamente distintos. A continuación sintetizan las diferencias entre ambos instrumentos en once puntos presentados en una tabla que, por su interés, se reproduce íntegramente.

Tabla 45. *Distinciones entre autoevaluación (MMPI) y test de Rorschach.*

Características del autoinforme.	Características método <i>Rorschach</i>.
1- Expectativas bien definidas.	1- Expectativas minimamente definidas.
2- Estímulos familiares (frases).	2- Estímulos inusuales (manchas de tinta).
3- Estrecho margen de respuesta.	3- Amplísimo margen.
4- Tarea que requiere autodefinitión y decisiones sobre cómo autocalificarse y autorepresentarse.	4- Tarea que requiere formular percepciones , decidir cuáles articular verbalmente y contestar a cuestiones del examinador.
5- La administración y corrección requiere una formación mínima.	5- Administración y corrección requieren formación exhaustiva.
6- Se supone que los sujetos usan tareas similares para autodefinirse.	6- El examinador utiliza estrategias estables para clarificar las respuestas de los sujetos.
7- El sujeto lo completa en solitario.	7- Se completa con el examinador.
8- Requiere una autodescripción "in vitro".	8- Requiere una demostración "in vivo" de las características personales.
9- Los datos directos dependen del conocimiento consciente y la complejidad de las autorrepresentaciones.	9- Los datos directos dependen del compromiso en la tarea y la capacidad para articular percepciones y aspectos que las determinan.
10- El disimulo y manejo de las impresiones afectan la información sobre los síntomas.	10- Disimulo y manejo de las impresiones afectan el compromiso con la tarea.
11- Es el mejor instrumento para obtener información sobre síntomas explícitos, acontecimientos y experiencias.	11- Es la mejor herramienta para evaluar preferencias y estilos de personalidad que pueden ser o no evidentes en la conducta o conciencia.

➤ Existe, por otra parte, una propensión en Psicología a aplicar el mismo término a diferentes procesos, así como a aplicar distintos términos al mismo proceso. Señala Meyer (1997) que cuando se utiliza la palabra *depresión*, en general, hay que tener en cuenta que la *escala de Depresión* del *MMPI* hace referencia a la depresión tal y como el sujeto la comprende conscientemente y la informa deliberadamente. Mientras que el Índice de Depresión del *Rorschach* (*DEPI*), es depresión tal como se manifiesta en las preferencias perceptivas implícitas y en la cualidad de la articulación verbal del individuo. Ambas situaciones no son idénticas y, por tanto, no son equiparables. Sucede exactamente lo mismo

con otros instrumentos, como el EEG y el TAC, que aportan distinto tipo de información sobre el funcionamiento cerebral, o como los telescopios ópticos y los de infrarrojos, que aportan diferentes aspectos sobre las galaxias.

Aunque en investigaciones sobre personalidad se ha insistido, obstinadamente, en demostrar que ambos instrumentos medían lo mismo o en aclarar cuál de las pruebas era “la mejor”, parece que *Rorschach* y *MMPI* miden aspectos diferentes de un mismo proceso. En la creencia de que medían lo mismo influyó poderosamente la idea de Campbell y Fiske (1959) de que para considerar válido un test tenía que demostrar su validez convergente (concordancia con otros tests) y su poder discriminativo. El razonamiento era correcto, pero para completarlo, hay que tener en cuenta la naturaleza de los constructos con los que se contrasta una prueba y la influencia de la variación de los métodos para medirlo. Es muy posible que *Rorschach* y *MMPI* estén midiendo diferentes constructos (aunque se use el mismo término para denominarlos), diferentes estilos personales de manifestar aspectos del constructo o diferentes aspectos de un mismo constructo. *Rorschach* y *MMPI* aportan informaciones muy útiles sobre constructos clínicos, pero los datos parecen corroborar que ninguno de los dos ofrece un panorama completo del constructo. El inventario *MMPI* revela lo que el sujeto entiende sobre sí mismo y está dispuesto a comunicar. El test *Rorschach* pone de manifiesto características y tendencias menos evidentes, tal como se manifiestan a través de la articulación de sutiles propiedades perceptivas.

Partiendo de las concepciones de Meyer (1993) sobre la existencia de una mayor correlación entre *DEPI* y *MMPI* cuando se obtienen protocolos *Rorschach* largos y de la influencia de los estilos de respuesta en ambos tests sobre su validez convergente (Meyer, 1996, 1997), en la actualidad se ha abierto una interesante vía de investigación (Hildebrand, & Ruiters, 1998), tratando de confirmar y ampliar estas hipótesis, que posiblemente aclararán

muchas incógnitas que en la actualidad se plantean. Sin embargo, hasta el momento, la opinión más generalizada es la que sostiene que los datos *Rorschach* y *MMPI* pueden resultar bastante independientes y que una evaluación completa de la personalidad debería integrar ambas medidas (Meyer, 1997).

- Analizando los ítems *MMPI* de la *escala 2* en los que estas pacientes puntúan positivo, refieren los siguientes síntomas: disforia, con tristeza (ítem 104, 107, 158, 160, 248, 296, etc.) y/o irritabilidad (ítem 30, 39, 80, 145, etc.); anhedonia (ítem 8, 67, 88, 207, etc.); alteraciones del sueño (ítem 5, 43, etc.); quejas somáticas (ítem 18, 36, 51, 130, 131, 191, 193, etc.); autoevaluación negativa (ítem 86, 122, 138, 142, 153, 154, 178, etc.); dificultades de concentración (ítem 32, 46, 159, etc.); pérdida de energía (ítem 9, 41, 189, 259, etc.). Todos estos ítems coinciden con síntomas que habitualmente se categorizan como depresión. Sin embargo algunos autores (Levitt, 1989) señalan que esta medida de depresión tiene un fuerte componente de elementos relacionados con problemas físicos; hay 13 elementos de este tipo, más de un 20% de esta escala, con lo que los aspectos más físicos de la depresión, según esto, tendrían mayor peso en esta escala.
- Integrando estos datos, se puede concluir que la organización de la personalidad de estas anoréxicas no gira en torno a la depresión, ni en sus aspectos cognitivos, ni afectivos, ni relacionales (*DEPI* no significativo) y que se atribuyen síntomas y conductas propias de la depresión (*escala 2, MMPI*), en los que los aspectos más físicos de esta patología tienen un peso importante, pero que no parecen ser una consecuencia ni un reflejo de un estado que afecte globalmente a la personalidad de estas adolescentes.
- Partiendo de la investigación del grupo de Minnesota (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950) comentada anteriormente, han sido muchos los estudios llevados a cabo para determinar los efectos que producen la inanición y la pérdida de peso

en el ser humano. En la Tabla 46, se ofrece una síntesis integrativa de las aportaciones de diversos autores.

Tabla 46. *Efectos de la inanición y pérdida de peso.*

Síntomas físicos →	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cortisol aumentado. ❖ Anormal supresión dexametasona (DST). ❖ Serotonina baja. ❖ Noradrenalina baja. ❖ Alteración de opiáceos. ❖ Hormona tiroidea baja. ❖ Reducción del sistema simpático. ❖ Alteraciones del sueño. ❖ Alteraciones neurológicas y funcionales (neuroimagen).
Síntomas psicológicos →	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Depresión. ❖ Obsesión. ❖ Irritabilidad. ❖ Ansiedad. ❖ Aislamiento social.

La depauperación física produce una alteración de los mecanismos bioquímicos de los neurotransmisores (Abou-Saleh, Oleesky, Crisp, & Lacey, 1986). Los neurotransmisores en estado disfuncional originan depresión, impulsividad, etc. (Casper, & Davis, 1977; Fitcher, Pirke, & Holsboer, 1986). Estos cambios neurobiológicos pueden considerarse respuestas adaptativas a la inanición y pérdida de peso, a pesar de que algunos de ellos pueden desempeñar un papel crucial en la perpetuación de la enfermedad ya establecida (Boning, & Kachel, 1990).

Se sabe también que la anorexia y la depresión comparten una serie de alteraciones neurobiológicas, que se sintetizan en la Tabla 47 (pág. 323). Según esto, vemos que hay una serie de alteraciones neuroendocrinas que no son específicas de la depresión, sino que también pueden ser el resultado de la reducción de ingesta calórica, pérdida de peso o estado catabólico.

Tabla 47. *Alteraciones neurobiológicas comunes AN/D.*

❖ Cortisol aumentado.
❖ Anormal DST.
❖ Serotonina baja.
❖ Noradrenalina baja.
❖ Dopamina baja.
❖ Alteración de gonadotrofinas.

Por ello, no es de extrañar que muchos autores consideren que una parte importante de la sintomatología psicológica/psiquiátrica de la AN esté determinada por la propia inanición (Garner, 1993; Russell, 1977, 1979; Toro y Vilardell, 1987). De hecho, prácticamente todos los trastornos biológicos y muchos de los trastornos del temperamento desaparecen con la rehabilitación nutricional (Ploog, & Pirke, 1987; Strober, & Katz, 1987; Strober, Lampert, Morrell, Burroughs, & Jacobs, 1990). Morandé y cols. (1995) consideran que la sintomatología depresiva desaparece en una tercera parte de los casos con la realimentación y en el resto puede ser necesario un tratamiento específico.

- A la luz de los datos anteriores 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), se podría entender la presencia significativa de depresión en la *escala 2* como la mayor sensibilidad de esta escala para detectar las consecuencias de las alteraciones producidas por la inanición en estas pacientes. De hecho, la investigación del grupo de Minnesota (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950) apoyaría esta posible explicación.
- Sea cual fuere la argumentación admitida, lo que resulta evidente es que los resultados obtenidos llevan a aceptar la hipótesis propuesta inicialmente, que postula las diferencia existentes entre las pacientes anoréxicas y las pacientes diagnosticadas de depresión, en cuanto a trastorno afectivo se refiere: mientras que en las primeras la depresión no es nuclear (*DEPI* no significativo), aunque puede coexistir (*escala 2 MMPI*, $p < 0.001$) y no

hay ansiedad concomitante (*Rorschach* y *escala 7* no significativos), en las pacientes diagnosticadas de depresión, la presencia de ansiedad (*Rorschach* significativo: $SumSH > FM+m$, $p < 0.01$ 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.

E) Parece un hecho cierto que, aunque en la patología anoréxica la depresión no resulta ser un aspecto nuclear y puede estar ausente, la **comorbilidad depresiva** aparece en estas pacientes en mayor medida que en el grupo de control (*Rorschach*, *MMPI*).

A través de la bibliografía revisada se encuentran diversas hipótesis explicativas a estos hechos, hipótesis que no resultan excluyentes entre sí, sino que incluso pueden ser complementarias.

- En nuestra muestra, al tratarse de pacientes hospitalizadas, puede darse un incremento de la patología depresiva por el hecho mismo de la hospitalización (Polaino y Lizasoain, 1990). Según señala Cavanaugh (1986) en los pacientes hospitalizados, un diagnóstico de depresión puede representar un mero proceso de ajuste ante los desórdenes que origina una enfermedad o una hospitalización. También debe advertirse que el diagnóstico de depresión en niños y jóvenes hospitalizados puede ser erróneo debido a la similitud entre los síntomas somáticos de la depresión (fatiga, pérdida de interés por las actividades habituales, etc.) y los síntomas físicos propios de la enfermedad física que se padezca (Kaplan, Grossman, Landa, Shenker, & Weinhold, 1986). En el caso de las pacientes anoréxicas, la dificultad de un diagnóstico diferencial todavía es mayor, debido a que se pueden mezclar los efectos de la hospitalización con los de la inanición, además de los de la propia AN. Quizá, debido a ello, algunos autores aportan porcentajes elevadísimos de depresión en estas pacientes, según se refleja en la Tabla 44.
- Por otra parte, es de suponer que, al igual que en el grupo de control hay un porcentaje de

adolescentes deprimidas (12-20%) que no demandan ningún tipo de atención psicológica, dentro del grupo de anoréxicas habrá algunas adolescentes cuya depresión hubiera pasado desapercibida de no haber desarrollado una anorexia, cuyos síntomas pueden ocultarse inicialmente pero que acaban siendo inevitablemente evidentes. Chinchilla informa (1994) que en su muestra de TCA, el 62% de sujetos desarrollan síntomas depresivos, de los que en un 38% de los casos esta sintomatología es previa al problema alimentario. Según Katz (1987), en estos casos, el trastorno afectivo sería uno de los muchos factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la alimentación.

- Existe la posibilidad de que la anorexia acompañada de trastorno afectivo pueda constituir un subtipo clínico claramente diferenciable de la anorexia sin depresión. Esta posibilidad es admitida por algunos autores (Toro y Vilardell, 1987) y se obtienen pruebas, desde distintas ópticas que confirman esta posibilidad:

- Desde la psicometría, Biederman, Habelow, Rivinus, Harmatz y Wise (1986) revisan las puntuaciones *MMPI* de una muestra de anoréxicas, de las que unas cubren los criterios *RDC* (*Research Diagnostic Criteria*) para depresión mayor (*AN/RDC+*), mientras otras no los cubren (*AN/RDC-*). Encuentran diferencias importantes en todas las escalas *MMPI*, señalando que las *AN/RDC+* presentan mayor número de escalas elevadas por sujeto y más sujetos con más de tres escalas aumentadas que las *AN/RDC-*. En función de estas diferencias sugieren la existencia de subtipos de anorexia, unos con depresión y otros sin ella.

- Desde la investigación bioquímica se obtienen resultados análogos. Cuando se descubrió que las plaquetas sanguíneas contenían la enzima monoaminoxidasa (MAO), se creyó que la medida de MAO plaquetaria podría servir como marcador biológico de ciertos trastornos psiquiátricos. En este contexto, Biederman y cols. (1984) han realizado un interesante

estudio de la actividad MAO plaquetaria en 33 anoréxicas, comparándola con la observada en 28 mujeres controles. Considerado en su conjunto, el grupo de anoréxicas tendía a tener una actividad MAO media inferior a la del grupo de control. Sin embargo, este resultado se conseguía básicamente gracias a que un subgrupo de 15 pacientes, diagnosticadas de trastorno depresivo mayor, eran las que contaban con niveles MAO significativamente inferiores (5,7), mientras que las anoréxicas no depresivas se mantenían en unos niveles (7,3) prácticamente iguales a los mantenidos por el grupo de control (7,2). Como ambos subgrupos eran semejantes en edad, cronicidad, peso y grado de pérdida de peso y, además, los niveles de actividad MAO plaquetaria se mantuvieron estables después de cinco semanas en ambos grupos de pacientes, a pesar del incremento de peso y de la reducción del grado de inanición, los autores concluyeron que, dentro del grupo de anoréxicas, se dibujaban dos subgrupos diferenciados entre sí bioquímicamente: las anoréxicas con depresión y las anoréxicas sin depresión.

➤ Los resultados obtenidos en *Rorschach* podrían interpretarse en el mismo sentido: la presencia de depresión no es significativa ($DEPI \geq 6$, ausente en 64%); pero hay mayor presencia de depresión en este grupo ($DEPI \geq 6 = 36\%$) que en el grupo de control ($DEPI \geq 6 = 20\%$), por lo que parece tratarse de dos subgrupos distintos, las anoréxicas que cursan con comorbilidad depresiva (36%) y las anoréxicas que no se deprimen (64%), lo que explicaría, en parte, las diferentes opiniones existentes en torno al tema y que se han recogido en el Apartado II.2.9.

F) Finalmente, cabe señalar la importancia de utilizar **varios instrumentos**, que propongan tareas diversas y recojan muestras de conducta diferentes, en la evaluación psicológica de la personalidad. En esta investigación, de haber utilizado un único instrumento, *Rorschach* o *MMPI*, los resultados obtenidos se hubieran visto empobrecidos y la comprensión

psicopatológica de la AN merceda: con *Rorschach* se hubiera negado la presencia de depresión en la AN, mientras que con *MMPI* se hubiera afirmado su presencia y ambas conclusiones hubieran sido sólo verdades parciales de un mismo fenómeno.

Como ya se ha comentado, las pruebas de personalidad no siempre deben mostrar una validez convergente sino que pueden ofrecer datos sobre aspectos distintos de un mismo constructo o sobre conceptualizaciones diferentes de un mismo fenómeno. Por tanto, en muchas ocasiones, una de las tareas principales del evaluados consiste en integrar datos diversos pero complementarios, que amplifiquen la perspectiva sobre el proceso/suet estudiado.

IV. 1.4.3.- Muestra de no pacientes.

Para concluir, es necesario hacer una referencia muy escueta a los principales hallazgos que derivan del análisis de los resultados del grupo de control.

- La ausencia de depresión es claramente significativa en este grupo de adolescentes. En este sentido apuntan los resultados de las tres pruebas aplicadas para evaluarla: (a) El Índice de depresión *Rorschach* es muy significativo cuando se usan los dos puntos de corte establecidos para este estudio ($DEPI \geq 5$ ausente en 64%, $p < 0.001$; $DEPI \geq 6$ ausente en 80%, $p < 0.01$). (b) *Escala 2, MMPI* ($p < 0.001$). (c) *Escala de depresión, CBCL* ($p < 0.01$). Es decir, que la mayoría de estas adolescentes no están deprimidas, manifestándolo así cuando se les pide que se autodescriban, opinión que comparten sus padres cuando hablan de ellas. Los resultados de los tests concuerdan totalmente.
- También encontramos, como era de esperar, que las adolescentes de este grupo no sufren intensas y dolorosas experiencias de malestar debido tensiones emocionales internas ($SumSH > FM + m$ ausente en 72%, $p < 0.01$), ni retienen excesivamente sus emociones

($C' > 2$ ausente en 74%, $p < 0.05$), ni tienen una actitud muy pesimista hacia sí mismas ni hacia su entorno ($MOR > 2$ ausente en 88%). Cuando estas adolescentes informan sobre sí mismas, excluyen de su autodescripción componentes de ansiedad patológica (*escala 7*, $p < 0.001$) y aunque sus padres observan cierta ansiedad, muy propia de la edad, en sus hijas, esta alteración carece de significación clínica y se diferencia claramente ($p < 0.001$) de la de los grupos psicopatológicos estudiados.

- Analizando más ampliamente los resultados sobre la presencia de depresión vemos datos muy interesantes:

- Cuando aparece un trastorno afectivo severo en estas adolescentes ($DEPI \geq 6$ en 20%), en una gran mayoría de los casos ($DEPI \geq 6 + CDI \geq 4$ en 16%), la causa de la depresión es su inhabilidad para desenvolverse en su medio social de forma adecuada.

- Resulta extremadamente infrecuente ($DEPI \geq 6$ y $CDI < 4 = 4\%$; $p < 0.05$) que las adolescentes que se relacionan adecuadamente con su entorno se depriman.

- Además, en general, es un grupo bastante inhábil ($CDI \geq 4$ en 66%) y aparece como muy significativa la presencia de adolescentes con disfunciones sociales que todavía no se han deprimido ($DEPI < 5$ y $CDI \geq 4$ en 46%, $p < 0.01$). No obstante, a largo plazo, si la ineficacia social no se subsana, cabe suponer que un porcentaje muy elevado de estas adolescentes no pacientes se va a acabar deprimiendo, va a generar patología (Sendín, & García Alba, 1993, July). De hecho, los resultados del grupo de pacientes deprimidas avalan esta afirmación, ya que veíamos que en la mayoría de las pacientes diagnosticadas de depresión, el trastorno afectivo era consecuencia de una falta de recursos para responder adecuadamente a las exigencias, cada vez crecientes, de su entorno. En consecuencia, en este grupo de control existe un gran riesgo de depresiones futuras, lo que resulta un dato pronóstico muy preocupante.

A conclusiones similares se llega también por otra vía, a través del estudio del Factor de riesgo que aporta Exner (1997, Octubre). Recordemos (Apartado IV.1.1.6) que el 34% de las adolescentes no pacientes de nuestra muestra tiene una alta probabilidad de generar algún tipo de alteración psicopatológica (ambiguales + Lambda ↑ en un 34%). El estudio conjunto de *DEPI* + *CDI* indica que, uno de los riesgos probables es la depresión.

➤ Sería necesario proseguir la investigación en esta línea, ya que de confirmarse este dato con una muestra más representativa, señalaría la necesidad de tomar medidas preventivas al respecto. Sería posible, por ejemplo, dentro de ambientes cotidianos, como el educativo, potenciar habilidades sociales, conductas asertivas, actividades grupales, entrenamiento en resolución de problemas, toma de decisiones, etc., como forma de dar a los adolescentes mayores medios para enfrentarse adecuadamente a un entorno que les demanda resolver dificultades crecientes, para las que muchos no están preparados ni tienen recursos psicológicos suficientes, lo que facilita el desarrollo de conductas poco adaptativas como forma de evitarlas (alcohol, porros, violencia, etc.) o claramente patológicas (intentos de suicidio, depresión, etc.).

- Se trata ahora de situar las tasas de depresión obtenidas en esta muestra de no pacientes (20% en *Rorschach*; 12% en *MMPI*) en el contexto de las aportaciones bibliográficas de otros autores:

➤ Las diferencias halladas entre *Rorschach* (20%) y *MMPI* (12%) son explicables en función de la distinta naturaleza de los tests empleados. Partiendo de la base de que *DEPI* no arroja falsos positivos, esta diferencia de porcentajes del 8% puede deberse a la diferencia existente entre lo que uno siente (*Rorschach*) y lo que uno dice sentir o es capaz de expresar acerca de sí mismo (*MMPI*).

➤ Hay acuerdo unánime al señalar que en la adolescencia aumentan las tasas de depresión

(Canals y Domènech, 1990; Del Barrio, 1994, Marzo). Este incremento está relacionado, en parte, con factores socioculturales: en el mundo actual el hogar cada vez es más solitario y aumentan las presiones que se ejercen sobre los adolescentes, por lo que éstos se pueden sentir fácilmente desbordados.

También se observa que, teniendo en cuenta el sexo, hasta los 12 años no hay diferencias en las tasas de los chicos y las chicas que se deprimen, pero por encima de los 13 años, empieza a aumentar la diferencia en favor de las chicas (Domènech y Polaino, 1990; Kutcher, & Marton, 1989; Stavrakaki, & Gaudet, 1989), por lo que se señala como probable un influjo hormonal.

➤ Otra opinión compartida por diversos autores (Polaino y García Villamisar, 1988) es la de que no se dispone de datos concluyentes sobre la incidencia y la prevalencia de esta patología, pues los estudios rigurosos en la población normal son escasos (Canals y Domènech, 1990) y las tasas aportadas oscilan entre amplios márgenes, siendo casi imposible determinar cuántos adolescentes están deprimidos (Domènech, 1997):

- ⇒ En población adolescente no clínica, algunos autores aportan cifras en torno al 4,7% (Pérez Puente y Aguado, 1997).
- ⇒ Fleming y Offord (1990) revisan los trabajos existentes hasta 1990 y dan una cifra en torno al 6% para la depresión mayor. La tasa de trastorno distímico es todavía más difícil de determinar, oscilando entre 1,6 y 8% (Birmaher et al., 1996; Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rhode, 1994).
- ⇒ Domènech y Polaino (1990) sitúan la prevalencia de depresión, entre los 9-11 años, en 8,2% (1,8% depresión mayor; 6,4% trastorno distímico).
- ⇒ Polaino y García Villamisar (1993), en un estudio epidemiológico realizado en Madrid, con niños escolarizados de 4º de EGB, obtienen tasas de prevalencia del 12%, siendo el

3% la tasa correspondiente a depresión mayor y el 9% la relativa a trastorno distímico.

⇒ Del Barrio (1994, Marzo) en niños entre 9-10 años, confirma tasas en torno al 11% (2% depresión mayor, 9% trastorno distímico), similares a las de EEUU en estas mismas edades. Considera también que a medida que la edad aumenta, aumenta la prevalencia, disparándose la tasa en la etapa adolescente.

Estas discrepancias se encuentran tanto en los datos comunicados sobre la población general como en el ámbito clínico. Polaino y García Villamizar (1988) consideran que tales diferencias pueden explicarse tanto por la heterogeneidad de las muestras utilizadas como, sobre todo, por los criterios empleados para evaluarla y el solapamiento de diagnósticos, especialmente en niños y adolescentes, que presentan al mismo tiempo síntomas de depresión y agresividad (Domènech y Polaino, 1990).

- Comparando los resultados estadísticos de nuestra muestra de no pacientes con los baremos de Exner (1993/1994), obtenidos con población de adolescentes americanos, se observa una serie de diferencias curiosas:

- Las adolescentes españolas mantienen una actitud mucho más defensiva ($L = 1.10$) y/o evitativa que los jóvenes americanos ($L \approx 0.66$), aunque esta diferencia disminuye tomando como estadístico la media robusta ($L = 0.84$), más adecuada para una variable que, en nuestra muestra, no resulta paramétrica.

- El *Índice de Egocentrismo* inferior a 0.33 lo obtienen alrededor de un 11% de los adolescentes americanos, frente a la muestra española en la que este valor llega a estar presente en un 52% de casos; la autoestima de nuestra muestra resulta bastante baja.

- Además, la muestra española aparece socialmente más aislada ($Aislamiento/R = 0.31$ frente a muestra americana ≈ 0.16) y presenta un tipo vivencial ambiguo, una no definición de estilo básico de personalidad, en un 62% de casos, mientras que en la población

americana este porcentaje oscila entre un 35% a los 13 y un 19% a los 16 años.

➤ Estas adolescentes, como ya se ha comentado, tienen un *CDI* mucho más elevado, indicativo de una mayor ineficacia social. Esta diferencia entre ambos grupos, español y americano, podría deberse a varias causas:

⇒ Las características específicas de la muestra española, no representativa de toda la población. Aún así, la diferencia resulta excesiva porque se trata de adolescentes de un nivel socioeconómico medio-bajo y medio-medio, que además acuden al Instituto y van bien en sus estudios (no repetidoras); no es, por tanto, una muestra socialmente depauperada, como podría pensarse a la luz de este resultado. ↵

⇒ También podría tener relación con las diferencias culturales de ambas muestras: nuestros jóvenes participan menos en actividades sociales y comunitarias, tardan más en independizarse y alcanzar su autonomía mucho más tarde que los adolescentes americanos.

⇒ Quizá también influyan factores educacionales: muchas de estas familias españolas emigraron de sus lugares de origen, sin apenas preparación académica y tuvieron que esforzarse mucho por alcanzar el nivel socioeconómico que ahora tienen. Por ello, tienden a sobrevalorar los resultados académicos y a procurar que la vida de sus hijos sea fácil, sin dificultades, para compensar las penurias que ellos tuvieron que afrontar, olvidando transmitirles valores que ellos poseen pero que no reconocen como tales (esfuerzo para lograr las cosas, afán de superación, etc.).

⇒ Posiblemente se podrían encontrar más factores explicativos a este hecho tan llamativo.

➤ De confirmarse estos resultados con una muestra más representativa podría pensarse que, en general, en estas adolescentes se retrasa el proceso de maduración algo más que en la población americana, resultando por ello más vulnerables en este periodo de evolutivo.

ABRIR TOMO I - IV.2.-

