

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. John 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 Monrandé, que me facilitó el acceso a pacientes anoréxicas, ingresadas en los Hospitales del Niño Jesús de Madrid 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.	
IV.1.- <u>TRASTORNO AFECTIVO: TESTS <i>RORSCHACH</i>, <i>MMPI</i>, <i>CBCL</i>.</u>	
IV.1.1.- <i>TEST 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 <i>escalas 2, 7, F, 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
IV.1.4.- <u>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
IV.2.- <u>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; $An+Xy$; MOR; contenidos de FQ ;	contenidos de respuestas de movimiento; estudio de las sobreelaboraciones 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.- CDI y HVI ; relación $a:p$; respuestas de comida y textura; contenidos humanos; PER , COP y AG ; índice de aislamiento; respuestas de movimiento con pares.....		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>		
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> (<i>2, 7, 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 Bavry (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 [$MQsin \uparrow$, $Mp \uparrow$, $FD \downarrow$, $M \uparrow$, $MQo \uparrow$, $Adj D \uparrow$, $Sum H \uparrow$, $(H) \uparrow$], 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.

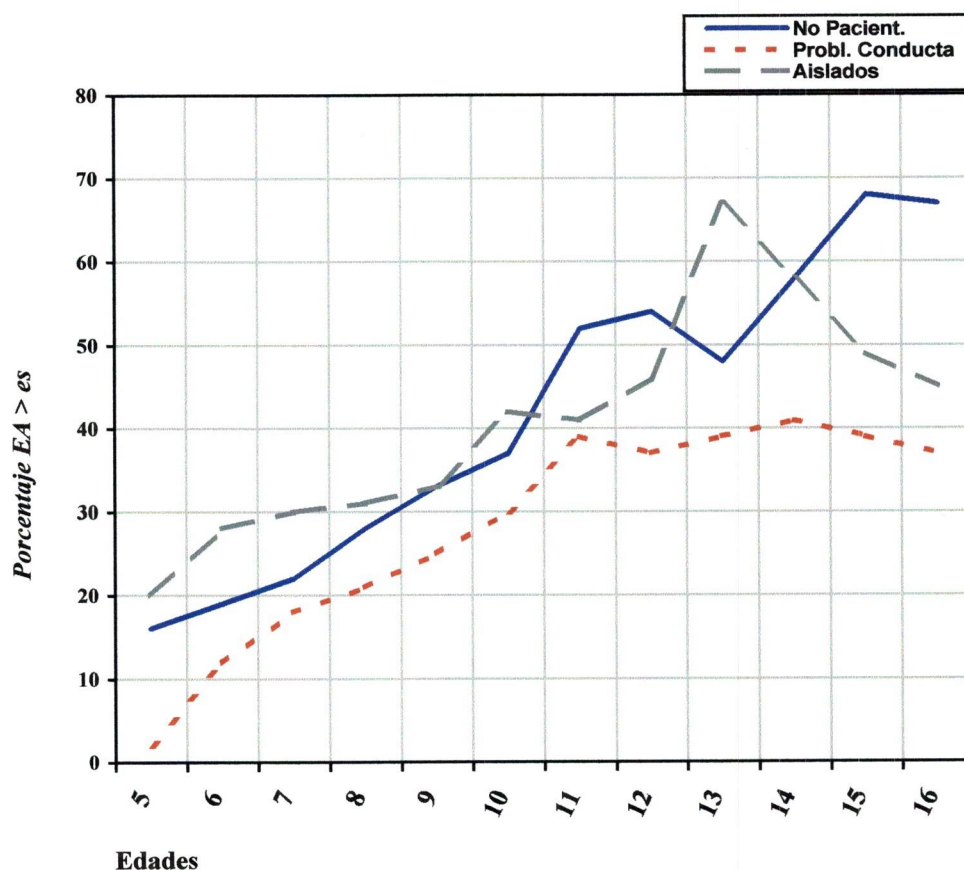
John Exner en el volumen 2 de su obra, *The Rorschach: A Comprehensive System* (1978), proporciona una interesante aportación sobre el impacto que producen estas fuerzas que se desarrollan durante la adolescencia. En este volumen, presenta los datos que sustentan la interpretación de los principales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

<ul style="list-style-type: none">❖ 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). <p>*Índice de masa corporal de Quetelet = peso (Kg)/altura (m)².</p>
--

• **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.

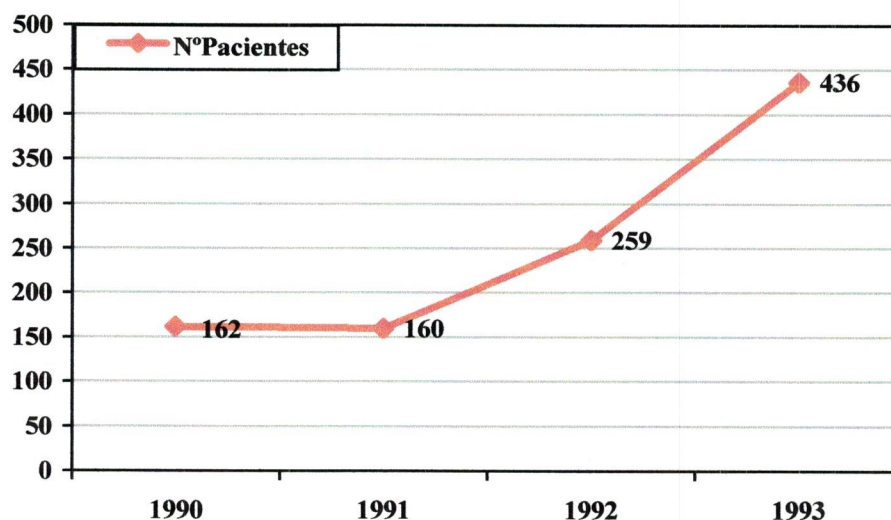
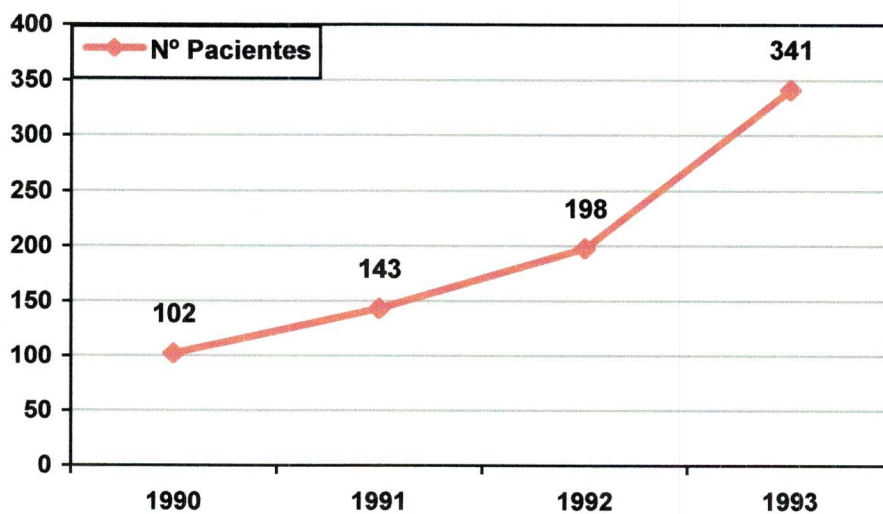


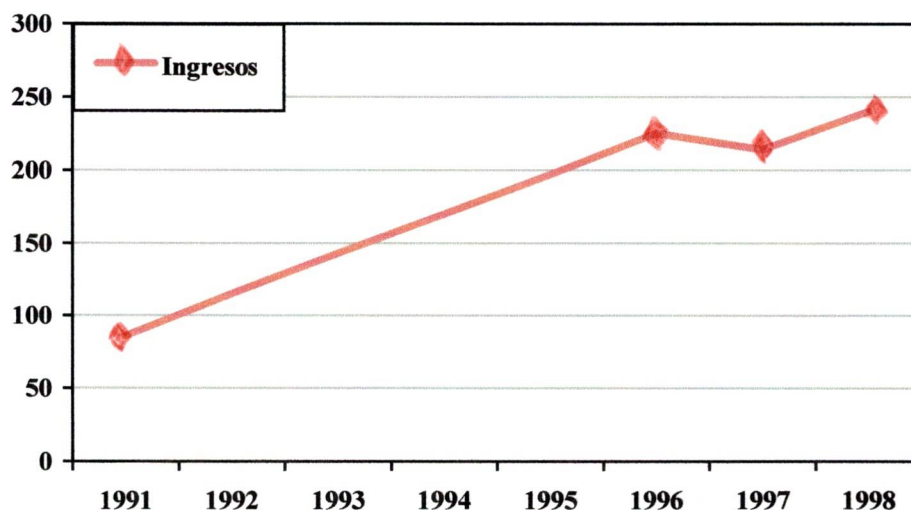
Figura 3. Pacientes ingresados por TCA en 11 Hospitales de Madrid. Encuesta Insalud, 1994.



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).

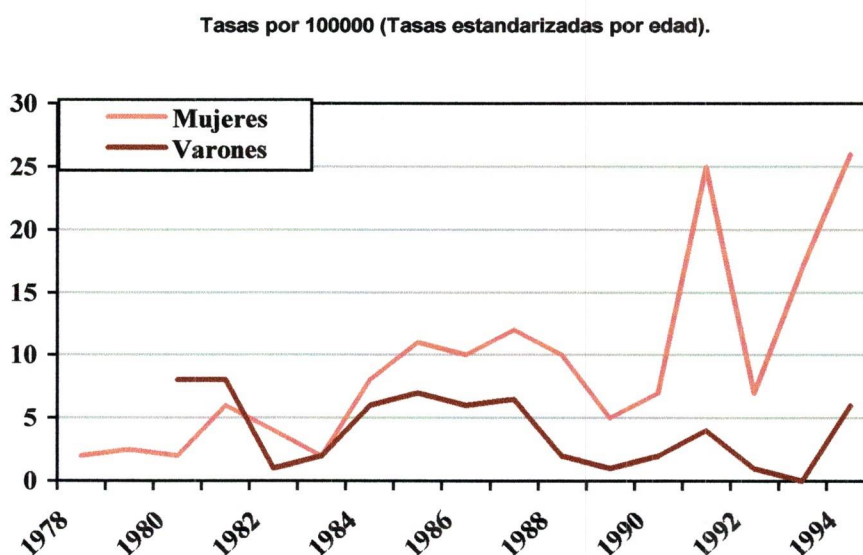


Hay que señalar que las cifras del año 1991 hacen referencia a 6 hospitales públicos, lo que representa, aproximadamente, el 85% de los ingresos en hospitales públicos de Madrid. Los datos de 1996 excluyen dos hospitales, el Gregorio Marañón y La Concepción, por lo que el aumento es aún mucho mayor del 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%.

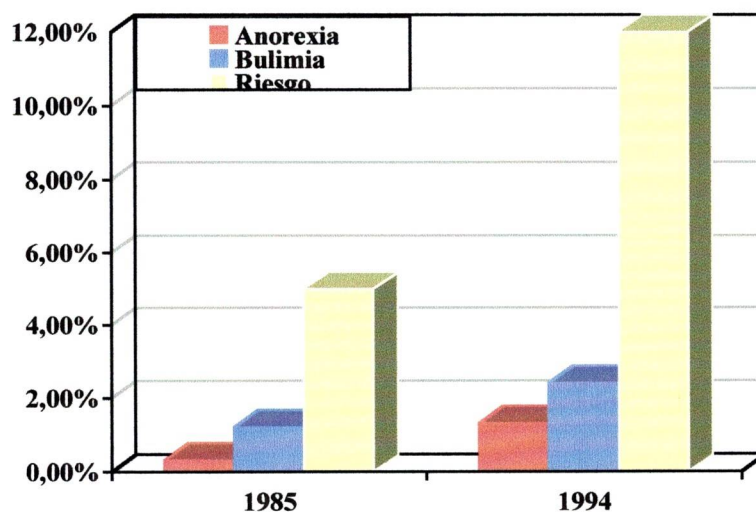
* Mujeres entre 35 y 39 años (N = 196.768). Número: 20 ± 2; prevalencia: 0,01%.

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 psicossomáticos** 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 (DiNícola, 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 menarquia 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 hipercarotenemia.</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 eutiroides.
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, Szmukler, 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 psicósomático.

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 renunciamiento, 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 megalománicas 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 suplencia 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

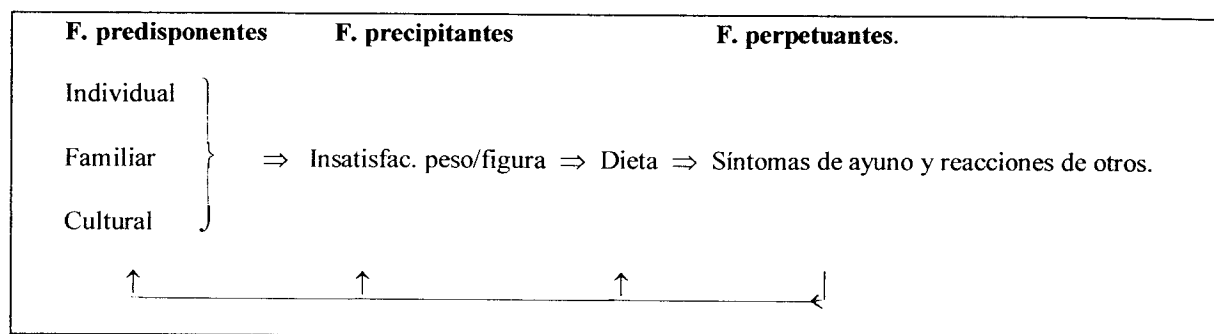
utilidad, señaladas por varios autores. A este respecto, pueden consultarse las revisiones de Garner y Bemis (1982), Fairburn (1981) o la síntesis que aporta Calvo (1995) al Protocolo del Insalud (Morandé y cols., 1995).

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.	Folotropina.
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.	Anomalias 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, Zullej 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, Lesen 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 indistinguible, 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 emaciadas 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 tirotrópina.	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 W.A.	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 S.H.	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	Licino 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 K.M.	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	Viesseleman 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, hª 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.	Evaluadas 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, Amatuilli A, Legori A, et al.	Psicopatología asociada.	AN.	Utilizaron varios tests (Rorschach y MMPP). 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 Wiersheim, 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 G.J, 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, Beaumont 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.	Ven 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 una 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	Altschuler 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	Halimi 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, Koepeke 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 bulimias 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	Huill 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 interpuntadores 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 *imagería 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 interpuntadores** 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 interpuntadores, 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)* (Achenback, & 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 **criterios**.

- **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 Villamisar, 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 quinestésias 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 cronicada. 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 estímulares 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 Comprensivo*. 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 Meelk (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.	50 sujetos.	14.84	1.13
9 sujetos.	9 sujetos.	13 sujetos.	19 sujetos.			

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 neurolepticos (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 Villamisar 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).*

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.
- ❖ 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.
- ❖ 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.

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.	50 sujetos.	15.02	1.13
7 sujetos.	10 sujetos.	8 sujetos.	25 sujetos.			

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 forzosa:

⇒ 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 FREQUENCIES 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 interpuntuadores 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*); (h) 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.	
<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 substituyó 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.	Mdn	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	μ [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
Dgo	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
FQxin	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.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
<i>Cn</i>	0.00	0.00	[0.00]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
<i>Sum C</i>	3.94	3.27	[2.40]	0.00	12.00	48.00	3.00	3.00	4.00	1.04	1.67
<i>Sum PondC</i>	3.43	2.93	[2.46]	0.00	12.50	48.00	3.00	2.5/3	3.13	1.39	2.81
<i>Sum C'</i>	1.82	1.47	[1.67]	0.00	7.00	37.00	1.00	0/1	3.00	0.89	0.51
<i>Sum T</i>	0.64	0.48	[0.78]	0.00	3.00	25.00	0.50	0.00	1.00	1.28	1.69
<i>Sum V</i>	1.14	0.90	[1.34]	0.00	6.00	29.00	1.00	0.00	2.00	1.43	2.38
<i>Sum Y</i>	1.30	1.00	[1.67]	0.00	10.00	33.00	1.00	0.00	2.00	3.20	14.73
<i>Sum SH</i>	4.90	4.21	[3.25]	1.00	19.00	50.00	5.00	5.00	3.00	2.02	6.55
<i>Fr+rF</i>	0.76	(0.50)	[1.53]	0.00	8.00	19.00	0.00	0.00	1.00	3.15	11.16
<i>FD</i>	0.58	(0.44)	[0.97]	0.00	5.00	19.00	0.00	0.00	1.00	2.48	8.13
<i>F</i>	8.84	8.74	4.79	0.00	19.00	49.00	9.00	5.00	7.25	0.16	-0.90
<i>(2)</i>	6.32	5.14	[4.30]	0.00	24.00	49.00	5.00	4.00	4.25	1.80	4.92
<i>3r+(2)/R</i>	0.38	0.33	[0.23]	0.00	1.18	49.00	0.33	0.31	0.26	1.13	2.05
<i>Lambda</i>	0.84	0.60	[0.82]	0.00	4.75	49.00	0.63	1.00	0.70	2.66	9.79
<i>EA</i>	7.89	6.60	[4.74]	1.00	22.50	50.00	6.50	5/6	4.75	1.32	1.85
<i>es</i>	9.66	8.72	[5.18]	1.00	30.00	50.00	8.00	8.00	6.25	1.40	3.59
<i>PuntD</i>	-0.44	-0.51	1.77	-4.00	5.00	50.00	0.00	0.00	1.00	0.52	1.57
<i>Adj D</i>	0.04	(-0.01)	[1.55]	-4.00	5.00	50.00	0.00	0.00	0.25	0.68	2.65
<i>a (activo)</i>	4.22	3.69	[3.27]	0.00	14.00	46.00	3.50	3/6	4.00	1.09	1.15
<i>p (pasivo)</i>	5.08	4.40	[3.47]	0.00	20.00	48.00	5.00	4.00	3.00	1.87	6.17
<i>Ma</i>	1.60	1.22	[1.90]	0.00	11.00	35.00	1.00	1.00	3.00	2.67	11.29
<i>Mp</i>	2.90	2.05	[2.96]	0.00	15.00	44.00	2.00	2.00	1.25	2.46	6.77
<i>Intelec.</i>	1.92	0.84	[3.50]	0.00	18.00	29.00	1.00	0.00	2.00	3.25	11.40
<i>Zf</i>	14.80	14.24	5.05	5.00	29.00	50.00	14.50	13/16	7.00	0.64	0.61
<i>Zd</i>	-0.16	-0.15	5.31	-10.50	14.50	50.00	0.50	0.50	7.63	0.12	0.02
<i>Complejas</i>	4.68	3.53	[3.64]	0.00	17.00	45.00	4.00	3.00	3.25	1.32	1.97
<i>Complj.Col.SH</i>	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.	Media	Moda	RIC	Asim.	Curt.
<i>Afr</i>	0.46	0.43	0.15	0.21	0.87	50.00	0.44	0.3/0.5	0.19	0.80	0.60
<i>Populares</i>	5.06	5.00	1.53	2.00	9.00	50.00	5.00	6.00	2.00	0.22	-0.29
<i>X+%</i>	0.45	0.45	0.13	0.13	0.79	50.00	0.42	0.40	0.18	0.11	0.39
<i>F+%</i>	0.44	0.43	0.26	0.00	1.00	46.00	0.44	.0/2/5	0.41	0.15	-0.56
<i>X-%</i>	0.23	0.23	0.12	0.00	0.50	48.00	0.22	.13/.26	0.18	0.25	-0.48
<i>Xu%</i>	0.31	0.31	0.12	0.00	0.55	49.00	0.31	0.39	0.17	-0.24	-0.23
<i>S-%</i>	0.21	0.19	0.21	0.00	0.67	29.00	0.19	0.00	0.40	0.42	-1.21
<i>Aislamiento/R</i>	0.32	0.31	0.17	0.05	0.70	50.00	0.30	.17/.25/.3	0.25	0.43	-0.53
<i>H</i>	2.34	1.72	[2.11]	0.00	9.00	43.00	2.00	1.00	2.00	1.43	2.10
<i>(H)</i>	1.72	1.21	[2.03]	0.00	11.00	36.00	1.00	1.00	2.00	2.44	8.41
<i>Hd</i>	1.70	1.25	[2.44]	0.00	16.00	34.00	1.00	0.00	2.25	4.26	24.09
<i>(Hd)</i>	0.70	(0.62)	[0.86]	0.00	3.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.03	0.23
<i>Hx</i>	0.36	(0.22)	[0.83]	0.00	4.00	11.00	0.00	0.00	0.00	2.84	8.66
<i>Todos Cont H</i>	6.46	4.88	[4.90]	1.00	27.00	50.00	5.00	5.00	3.00	2.74	9.06
<i>A</i>	7.16	7.06	2.49	3.00	13.00	50.00	7.00	7.00	4.00	0.24	-0.67
<i>(A)</i>	0.38	(0.32)	[0.57]	0.00	2.00	17.00	0.00	0.00	1.00	1.19	0.52
<i>Ad</i>	2.52	2.01	1.83	0.00	7.00	46.00	2.00	1.00	3.00	0.65	-0.52
<i>(Ad)</i>	0.06	(0.01)	[0.24]	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	0.00	3.82	13.12
<i>An</i>	0.72	(0.57)	[1.16]	0.00	6.00	21.00	0.00	0.00	1.00	2.45	7.93
<i>Art</i>	0.48	(0.38)	[0.81]	0.00	4.00	17.00	0.00	0.00	1.00	2.19	6.13
<i>Ay</i>	0.32	(0.26)	[0.55]	0.00	2.00	14.00	0.00	0.00	1.00	1.53	1.53
<i>Bl</i>	0.30	(0.21)	[0.68]	0.00	4.00	12.00	0.00	0.00	0.25	3.65	17.63
<i>Bt</i>	2.38	1.95	1.92	0.00	8.00	42.00	2.00	1.00	3.00	0.83	0.44
<i>Cg</i>	1.78	1.10	[2.06]	0.00	8.00	35.00	1.00	0/1	2.25	1.62	2.33
<i>Cl</i>	0.12	(0.06)	[0.39]	0.00	2.00	5.00	0.00	0.00	0.00	3.45	12.38
<i>Ex</i>	0.18	(0.12)	[0.44]	0.00	2.00	8.00	0.00	0.00	0.00	2.45	5.73
<i>Fi</i>	0.48	(0.42)	[0.65]	0.00	2.00	20.00	0.00	0.00	1.00	1.02	-0.01
<i>Fd</i>	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	1.00	2.00	4.36
Ls	0.66	(0.54)	[1.00]	0.00	4.00	20.00	0.00	0.00	1.00	1.63	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	0.00	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	0.00	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	0.00	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
SumPond6	6.16	3.48	[8.83]	0.00	45.00	35.00	4.00	0.00	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	0/1	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
PSY	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	μ 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
FQxin	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.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
<i>Cn</i>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--
<i>Sum C</i>	3.54	2.46	[2.64]	0.00	11.00	46.00	3.00	2.00	3.00	1.03	0.59
<i>Sum PondC</i>	3.02	2.09	[2.33]	0.00	8.50	46.00	2.00	2.00	2.50	0.92	-0.03
<i>Sum C'</i>	2.54	2.39	2.18	0.00	8.00	38.00	3.00	0.00	3.25	0.60	-0.36
<i>Sum T</i>	0.76	(0.66)	[1.00]	0.00	4.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.40	1.54
<i>Sum Y</i>	1.14	1.00	[1.21]	0.00	6.00	31.00	1.00	0.00	2.00	1.44	3.69
<i>Sum Y</i>	1.02	0.37	[1.42]	0.00	7.00	25.00	0.50	0.00	2.00	1.96	5.18
<i>Sum SH</i>	5.46	5.13	3.38	0.00	13.00	45.00	5.00	4.00	4.25	0.31	-0.27
<i>Fr+rF</i>	0.34	(0.20)	[0.85]	0.00	4.00	9.00	0.00	0.00	0.00	2.83	8.13
<i>FD</i>	0.54	(0.49)	0.65	0.00	2.00	23.00	0.00	0.00	1.00	0.79	-0.36
<i>F</i>	9.50	8.42	[6.03]	1.00	32.00	50.00	8.00	4.00	8.00	1.34	2.63
<i>(2)</i>	5.28	4.95	3.34	0.00	14.00	46.00	5.00	6.00	4.25	0.40	-0.14
<i>3r+(2)/R</i>	0.29	0.27	0.19	0.00	0.91	47.00	0.28	.29/.30	0.23	0.80	1.03
<i>Lambda</i>	1.28	0.63	[2.21]	0.08	15.00	50.00	0.68	.40/1.	0.96	5.17	31.12
<i>EA</i>	6.00	5.41	[3.68]	0.00	19.50	48.00	5.25	3./4.	5.00	1.20	2.60
<i>es</i>	9.42	9.03	5.00	0.00	24.00	49.00	9.00	9.00	6.00	0.45	0.54
<i>PuntD</i>	-1.08	-0.90	1.50	-5.00	3.00	50.00	-1.00	0.00	2.00	-0.43	0.79
<i>Adj D</i>	-0.64	-0.61	[1.26]	-4.00	4.00	50.00	0.00	0.00	1.00	0.23	3.47
<i>a (activo)</i>	3.58	3.45	2.40	0.00	9.00	44.00	4.00	4.00	3.00	0.40	-0.20
<i>p (pasivo)</i>	3.40	3.06	[2.47]	0.00	11.00	47.00	3.00	3.00	4.00	0.99	0.82
<i>Ma</i>	1.16	0.93	[1.33]	0.00	6.00	30.00	1.00	0.00	2.00	1.37	2.21
<i>Mp</i>	1.84	1.36	[1.72]	0.00	7.00	40.00	1.00	1.00	2.00	1.26	1.26
<i>Intelec.</i>	2.02	0.94	[2.31]	0.00	7.00	30.00	1.00	0.00	3.00	0.95	-0.28
<i>Zf</i>	13.38	13.55	4.84	1.00	23.00	50.00	13.00	10/13/14	6.00	-0.26	0.43
<i>Zd</i>	0.34	0.29	5.03	-11.00	10.50	50.00	0.00	-3.5	6.50	-0.03	-0.02
<i>Complejas</i>	3.76	3.04	[3.11]	0.00	12.00	44.00	3.00	2.00	3.25	1.04	0.67
<i>Complj.Col.SH</i>	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.	Mdha	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	$\frac{3}{4}$	3.00	0.52	-0.09
<i>X+%</i>	0.40	0.40	0.14	0.07	0.74	50.00	0.39	.33/.35	0.20	0.13	-0.14
<i>F+%</i>	0.40	0.37	μ 0.24	0.00	1.00	46.00	0.40	0.50	0.26	0.54	0.42
<i>X-%</i>	0.25	0.24	[0.14]	0.00	0.73	48.00	0.25	.25/.29	0.16	0.68	1.74
<i>Xu%</i>	0.33	0.33	0.12	0.05	0.60	50.00	0.32	0.41	0.16	-0.06	-0.01
<i>S-%</i>	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
<i>H</i>	1.62	1.25	[1.66]	0.00	7.00	36.00	1.00	0/1	2.00	1.52	2.79
<i>(H)</i>	0.84	0.74	[0.98]	0.00	4.00	27.00	1.00	0.00	1.00	1.16	1.10
<i>Hd</i>	1.44	0.89	[1.95]	0.00	10.00	31.00	1.00	0.00	2.00	2.37	7.20
<i>(Hd)</i>	0.78	(0.68)	[1.02]	0.00	4.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.32	1.21
<i>Hx</i>	0.32	(0.16)	[0.89]	0.00	4.00	8.00	0.00	0.00	0.00	3.28	10.88
<i>Todos Con. H</i>	4.68	4.03	3.34	0.00	14.00	45.00	4.00	2/6	4.00	0.85	0.62
<i>A</i>	7.22	6.88	2.73	3.00	15.00	50.00	7.00	7.00	4.00	0.69	0.08
<i>(A)</i>	0.36	(0.27)	[0.66]	0.00	3.00	14.00	0.00	0.00	1.00	2.08	4.64
<i>Ad</i>	2.76	2.38	[2.29]	0.00	12.00	44.00	2.50	1/3	3.00	1.60	4.35
<i>(Ad)</i>	0.22	(0.12)	[0.58]	0.00	3.00	8.00	0.00	0.00	0.00	3.19	11.33
<i>An</i>	0.82	(0.70)	[1.06]	0.00	4.00	24.00	0.00	0.00	1.25	1.33	1.44
<i>Ari</i>	0.82	(0.74)	[1.08]	0.00	3.00	23.00	0.00	0.00	1.00	1.08	-0.20
<i>Ay</i>	0.44	(0.36)	[0.76]	0.00	3.00	15.00	0.00	0.00	1.00	1.66	1.97
<i>Bl</i>	0.38	(0.27)	[0.73]	0.00	3.00	14.00	0.00	0.00	1.00	2.28	5.43
<i>Bi</i>	1.92	1.55	1.76	0.00	7.00	36.00	2.00	0.00	3.00	0.81	0.24
<i>Cg</i>	1.42	1.14	[1.42]	0.00	5.00	34.00	1.00	0.00	2.00	0.96	0.20
<i>Cl</i>	0.10	(0.06)	[0.30]	0.00	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.75	5.79
<i>Ex</i>	0.22	(0.12)	[0.58]	0.00	3.00	8.00	0.00	0.00	0.00	3.19	11.33
<i>Fi</i>	0.72	(0.62)	[0.97]	0.00	4.00	22.00	0.00	0.00	1.00	1.30	1.36
<i>Fd</i>	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.	Mdna	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 C.C.EE2.	0.48	(0.37)	[0.91]	0.00	3.00	14.00	0.00	0.00	1.00	1.93	2.70
SumPond6	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
PSY'	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 Rorschach 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	^u 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
FQxin	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	1.60	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 parentesis corresponden a medias truncadas, obtenidas cuando la media robusta no se pudo calcular.

Tabla 32. Continuación (b).

Variable	Media	M. Rob.	D.T.	Min.	Max.	Frec.	Mdna	Moda	RIC	Asim.	Curt.
<i>Cn</i>	0.06	(0.01)	[0.24]	0.00	1.00	3.00	0.00	0.00	0.00	3.82	13.12
<i>Sum C</i>	3.76	3.05	[2.77]	0.00	14.00	48.00	3.00	2.00	4.00	1.29	2.35
<i>Sum PondC</i>	2.99	1.89	[2.39]	0.00	10.50	48.00	2.00	1.00	3.50	1.07	0.64
<i>Sum C''</i>	1.96	1.03	[2.36]	0.00	9.00	34.00	1.00	0.00	3.00	1.59	2.12
<i>Sum T</i>	0.44	(0.29)	[0.93]	0.00	5.00	14.00	0.00	0.00	1.00	3.12	11.94
<i>Sum V</i>	0.94	(0.76)	[1.39]	0.00	6.00	24.00	0.00	0.00	1.00	1.96	3.88
<i>Sum Y</i>	1.02	(0.80)	[1.61]	0.00	7.00	23.00	0.00	0.00	1.00	2.08	4.34
<i>Sum SH</i>	4.38	2.68	[4.63]	0.00	19.00	42.00	3.00	2.00	5.00	1.59	2.18
<i>Fr+rF</i>	0.76	(0.51)	[1.60]	0.00	9.00	16.00	0.00	0.00	1.00	3.35	14.15
<i>FD</i>	1.38	0.84	[1.66]	0.00	6.00	32.00	1.00	0/1	2.00	1.44	1.26
<i>F</i>	11.32	9.87	[5.67]	4.00	38.00	50.00	10.00	9.00	5.25	2.37	9.03
<i>(2)</i>	6.28	5.43	[3.65]	0.00	17.00	49.00	5.00	4.00	5.00	0.95	0.86
<i>3r+(2)/R</i>	0.35	0.32	[0.21]	0.05	1.27	50.00	0.32	0.22	0.26	1.73	5.88
<i>Lambda</i>	1.10	0.84	[0.86]	0.24	4.33	50.00	0.90	1.00	0.97	1.86	4.15
<i>EA</i>	5.81	4.84	3.49	1.00	15.50	50.00	5.00	3.00	5.13	0.87	0.00
<i>Es</i>	9.30	7.26	[6.36]	0.00	28.00	49.00	7.00	5.00	7.25	1.29	1.44
<i>PumD</i>	-0.98	(-0.88)	[1.68]	-5.00	3.00	50.00	0.00	0.00	1.00	-1.13	1.22
<i>Adj D</i>	-0.50	(-0.48)	[1.23]	-4.00	3.00	50.00	0.00	0.00	1.00	-0.65	1.98
<i>a (activo)</i>	4.04	3.83	2.59	0.00	10.00	47.00	4.00	2.00	4.00	0.46	-0.58
<i>p (pasivo)</i>	3.72	3.21	[2.81]	0.00	12.00	45.00	3.00	3.00	3.00	1.10	1.35
<i>Ma</i>	1.24	1.05	[1.22]	0.00	5.00	35.00	1.00	1.00	2.00	1.20	1.28
<i>Mp</i>	1.58	1.33	[1.36]	0.00	5.00	40.00	1.00	1.00	1.00	1.02	0.65
<i>Intelec.</i>	1.96	1.12	[2.34]	0.00	10.00	31.00	1.00	0.00	3.00	1.56	2.71
<i>Zf</i>	15.46	14.65	6.44	2.00	34.00	50.00	14.50	20.00	9.00	0.68	0.64
<i>Zd</i>	-2.53	-3.04	4.57	-10.50	7.50	50.00	-3.00	-4./-0.5	6.25	0.43	-0.37
<i>Complejas</i>	3.68	2.19	[3.64]	0.00	15.00	42.00	2.50	2.00	4.00	1.36	1.42
<i>Complj.Col.SH</i>	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.	Media	Moda	RIC	Asim.	Curt.
<i>Afr</i>	0.47	0.46	0.16	0.18	0.80	50.00	0.47	0.50	0.23	0.17	-0.43
<i>Populares</i>	5.00	5.00	1.51	1.00	8.00	50.00	5.00	5.00	2.00	-0.07	0.16
<i>X+%</i>	0.44	0.42	0.13	0.19	0.71	50.00	0.42	0.33	0.20	0.41	-0.39
<i>F+%</i>	0.43	0.43	0.18	0.00	0.75	48.00	0.41	0.50	0.26	-0.10	-0.11
<i>X-%</i>	0.25	0.25	0.10	0.04	0.47	50.00	0.25	0.25	0.15	0.13	-0.65
<i>Xu%</i>	0.30	0.30	0.12	0.00	0.63	49.00	0.31	.25/.32	0.14	0.02	0.59
<i>S-%</i>	0.21	0.20	0.19	0.00	0.67	33.00	0.20	0.00	0.33	0.64	-0.28
<i>Aislamiento/R</i>	0.31	0.29	0.16	0.06	0.81	50.00	0.29	0.29	0.25	0.71	0.78
<i>H</i>	1.90	1.35	[1.95]	0.00	10.00	41.00	1.00	1.00	1.00	2.12	5.76
<i>(H)</i>	0.92	0.74	[1.12]	0.00	4.00	28.00	1.00	0.00	1.00	1.43	1.61
<i>Hd</i>	2.20	1.57	[2.22]	0.00	12.00	41.00	2.00	1.00	2.00	2.13	6.80
<i>(Hd)</i>	0.54	(0.49)	[0.68]	0.00	2.00	22.00	0.00	0.00	1.00	0.88	-0.34
<i>Hx</i>	0.26	(0.23)	[0.44]	0.00	1.00	13.00	0.00	0.00	1.00	1.13	-0.76
<i>Todos Cont H</i>	5.56	4.88	[3.46]	0.00	17.00	49.00	5.00	5.00	4.00	1.40	2.76
<i>A</i>	7.68	7.33	2.82	3.00	15.00	50.00	7.00	6.00	3.25	0.60	0.01
<i>(A)</i>	0.20	(0.14)	[0.45]	0.00	2.00	9.00	0.00	0.00	0.00	2.21	4.47
<i>Ad</i>	2.30	1.63	[2.53]	0.00	15.00	41.00	2.00	1.00	2.00	2.89	12.24
<i>(Ad)</i>	0.54	(0.31)	[1.49]	0.00	10.00	15.00	0.00	0.00	1.00	5.50	34.62
<i>An</i>	1.16	1.01	1.22	0.00	4.00	30.00	1.00	0.00	2.00	0.81	-0.23
<i>Art</i>	0.70	(0.57)	[1.09]	0.00	5.00	20.00	0.00	0.00	1.00	1.91	4.05
<i>Ay</i>	0.22	(0.14)	[0.51]	0.00	2.00	9.00	0.00	0.00	0.00	2.32	4.77
<i>Bl</i>	0.28	(0.20)	[0.57]	0.00	2.00	11.00	0.00	0.00	0.00	1.97	2.94
<i>Bt</i>	2.64	2.50	1.94	0.00	7.00	43.00	2.50	1/4	3.00	0.39	-0.75
<i>Cg</i>	1.68	1.17	[1.79]	0.00	7.00	39.00	1.00	1.00	1.00	1.73	2.86
<i>Cl</i>	0.20	(0.17)	[0.40]	0.00	1.00	10.00	0.00	0.00	0.00	1.55	0.41
<i>Ex</i>	0.12	(0.03)	[0.50]	0.00	3.00	4.00	0.00	0.00	0.00	4.98	27.54
<i>Fi</i>	0.60	(0.51)	[0.86]	0.00	4.00	21.00	0.00	0.00	1.00	1.70	3.68
<i>Fd</i>	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	1.00	1.06	0.20
Ls	1.04	(0.82)	[1.75]	0.00	6.00	20.00	0.00	0.00	1.00	1.84	2.43
Na	1.70	1.16	[1.83]	0.00	7.00	34.00	1.00	0.00	3.00	1.21	1.07
Sc	0.56	(0.47)	[0.84]	0.00	3.00	19.00	0.00	0.00	1.00	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 CC.EE.	1.88	1.44	[1.83]	0.00	8.00	38.00	1.00	1.00	2.25	1.30	1.95
Sum6 CC.EE2.	0.10	(0.06)	[0.30]	0.00	1.00	5.00	0.00	0.00	0.00	2.75	5.79
SumPond6	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 posteriores publicaciones.

Tabla 34. DEPI, CDI Rorschach: Ji-Cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS		NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN		
	χ^2	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
DEPI ≥ 5 ***	16.24	0.31	0.000***	36%	64%***	54%	46%	76%***	24%
DEPI ≥ 6 **	9.86	0.25	0.007**	20%	80%**	36%	64%	50%**	50%
CDI ≥ 4	3.45	0.15	0.178	66%	34%	48%	52%	60%	40%
DEPI ≥ 5 y CDI ≥ 4 **	10.10	0.25	0.006**	20%	80%	22%	78%	46%**	54%
DEPI ≥ 6 y CDI ≥ 4 *	7.23	0.21	0.027*	16%	84%	14%	86%	34% *	66%
DEPI ≥ 5 y CDI < 4	3.95	0.16	0.139	16%	84%	32%	68%	30%	70%
DEPI ≥ 6 y CDI < 4 *	6.98	0.21	0.031*	4%	96%*	22%*	78%	16%	84%
DEPI < 5 y CDI ≥ 4 **	12.78	0.28	0.002**	46%**	54%	26%	74%	14%	86%**

Nota: - $p < 0.001 = \text{***}$; $p < 0.01 = \text{**}$; $p < 0.05 = \text{*}$.

- 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.

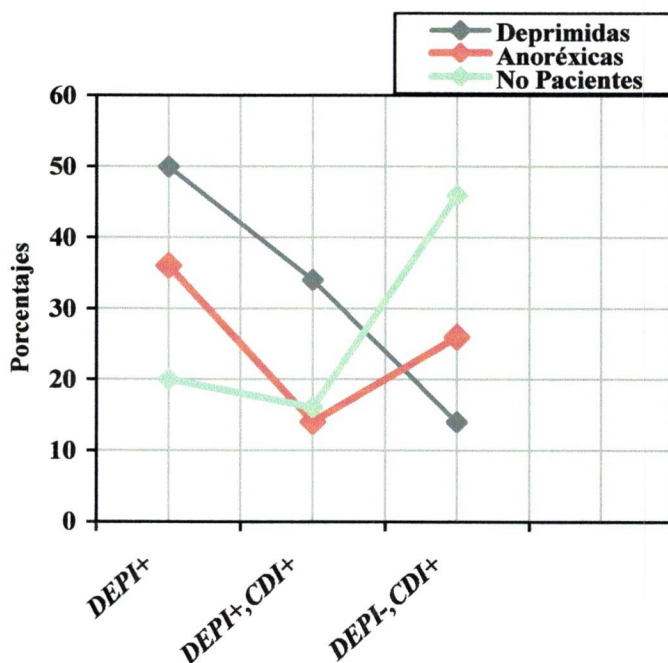
➤ Por el contrario, en el grupo de **no pacientes** lo que aparece como característico es que estas adolescentes son socialmente muy ineficaces, sin que estas dificultades les hayan originado, en el momento actual, depresión ($DEPI < 5$ y $CDI \geq 4$, $p < 0.01$). También vemos que es muy poco habitual 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.
$C' > 2$ *	7.58	0.22	0.023 *	26%	74% *	34%	66%	52% *	48%
$SUM SH > FM + m^{**}$	11.68	0.27	0.003 **	28%	72% **	46%	54%	62% **	38%
$FD > 2$ *	(15.22)	0.30	(0.001*)	(20% **)	(80%)	(4%)	(96%)	(0%)	(100%*)
ϕ	0.25	0.24	0.014 *	20% *	80%	4%	96% *		
$Mor > 2$	4.43	0.17	0.109	12%	88%	28%	72%	26%	74%
$FV + VF + V > 0$	2.11	0.12	0.348	48%	52%	58%	42%	62%	38%
$Eg. > .44 (Fr = 0) o < .33$	4.26	0.17	0.119	58%	42%	60%	40%	76%	24%
$Egoc < 0.33$	4.96	0.18	0.084	52%	48%	50%	50%	70%	30%
$Complj. Col. SH > 0$	2.78	0.14	0.249	38%	62%	54%	46%	50%	50%
$S > 2$	0.22	0.04	0.894	58%	42%	62%	38%	62%	38%
$Afr < 0.46$	1.02	0.08	0.601	48%	52%	54%	46%	58%	42%
$Complejas < 4$	2.81	0.14	0.246	62%	38%	46%	54%	58%	42%
$Intelec. > 3$	1.37	0.10	0.505	22%	78%	14%	86%	22%	78%
$COP < 2$	1.14	0.09	0.567	90%	10%	84%	16%	90%	10%
$Aislamiento/R > 0.24$	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.

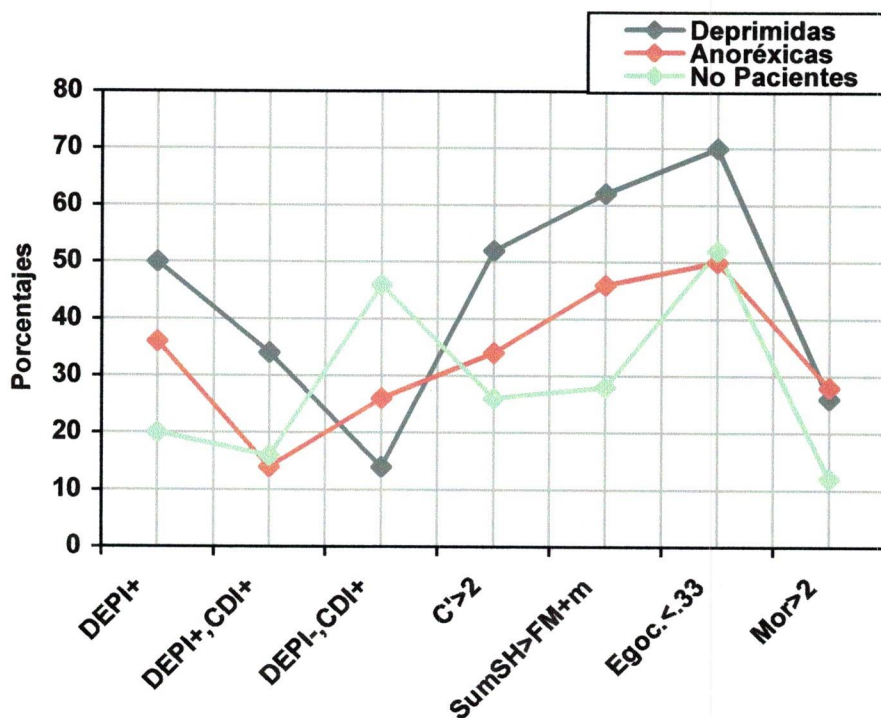
El dolor psíquico, puesto de manifiesto por las respuestas C^* , no es reactivo sino que es un malestar más bien crónico, pues se trata de una variable bastante estable.

- 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.
EA < 6 *	6.25	0.20	0.044 *	62%	38%	38%	62% *	56%	44%
AdjD < 0	5.82	0.19	0.054	30%	70%	24%	76%	46%	54%
COP < 2 y AG < 2	2.85	0.14	0.240	84%	16%	70%	30%	74%	26%
SumPondC < 2.5	4.35	0.11	0.114	52%	48%	34%	66%	52%	48%
pasivo > activo	1.97	0.11	0.373	42%	58%	56%	44%	50%	50%
pasivo > activo + 1	3.15	0.14	0.207	26%	74%	42%	58%	30%	70%
H < 2	1.49	0.10	0.474	52%	48%	44%	56%	56%	44%
T > 1	2.65	0.13	0.266	8%	92%	10%	90%	18%	82%
Fd > 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.

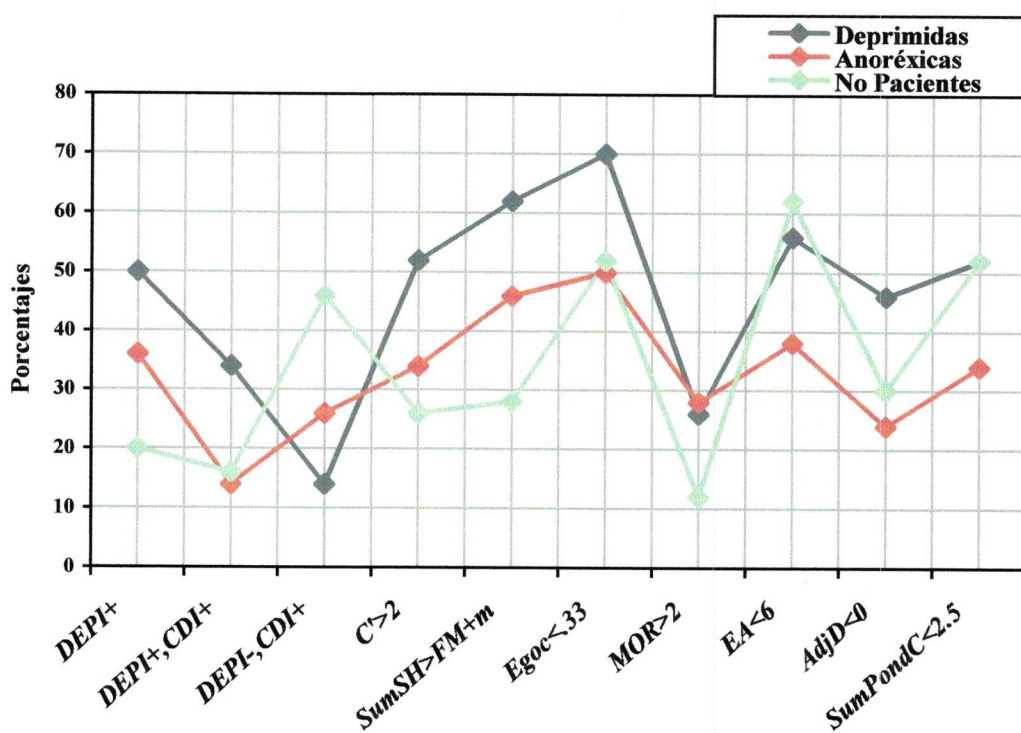
Considerando este índice aislado, sabemos que cuando *Adj D* es de signo negativo ($AdjD < 0$), estamos ante una persona que tiene menos medios de los requeridos para hacer frente a sus disparadores internos de tensión. Estos sujetos están sobrecargados y tienen el riesgo de sufrir formas impulsivas 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 (0.14)	0.60 (0.25)
Lambda •			4.45 (p = 0.108)		

- ♦ Variables transformadas.
- Variables transformadas pero no homocedásticas.

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						A N O R E X I A						D E P R E S I Ó N					
	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	.41.	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* ambigüa (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: Analisis 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 (tipica)*** ●		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 (tipica)*** ◆	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 (tipica)** ◆	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 (tipica)** ◆	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.

Estadísticas Univariantes:

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESION					
	Media	D.T.	Mdn	RIC.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdn	RIC.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdn	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-2tipica	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-7tipica	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-Ftipica	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-Ktipica	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

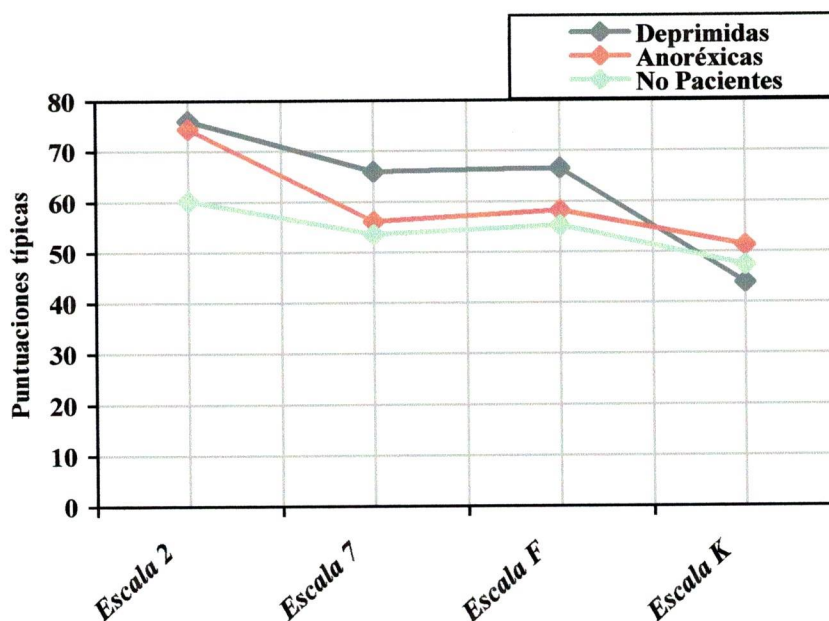
diferencias significativas entre los grupos (K , $p < 0.001$). Según Archer, White y Orvin (1979) se considera normal una puntuación directa K que oscile entre 11-13 puntos. Las pacientes deprimidas, a través de un nivel algo bajo de K , pueden estar manifestando su sintomatología de forma algo exagerada 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 MMP1: 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%	0%	100%	8%	92%
	2.90	0.14	0.235	6%	94%			4%	96%
2-3 / 3-2	0.46	0.05	0.646	6%	94%	20%	80%	4%	96%
	2.08	0.12	0.353	18%	82%			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%*)
5-9 / 9-5*	0.13	0.13	0.182	6%	94%	14%	86%	4%	96%
	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, esquizoidía 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. Anorex. y Depres.>No Pac.	26.61 (p = 0.000)*** 24.87 (p = 0.000)*** 3.84 (p = 0.146)	0.40 (0.36)	1.00 (0.99)
<i>Ansiedad (típica)*** •</i>	2.07 (p = 0.129)			0.17	0.46
<i>Quejas somáticas (directa) ♦</i>	1.90 (p = 0.153)			0.17	0.39
<i>Quejas somáticas (típica)</i>	1.51 (p = 0.224)			0.14	0.32
<i>Esquizoidia (directa)</i>	1.42 (p = 0.245)			0.14	0.30
<i>Esquizoidia (típica)</i>	6.85 (p = 0.001)**	Anorex. y Depres.>No Pac. Anorex. y Depres.>No Pac.		0.30	0.92
<i>Depresión (directa)***</i>	7.21 (p = 0.001)**			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>Ansiedad 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>Ansiedad 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>Qsom 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>Qsom 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 direct.</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.

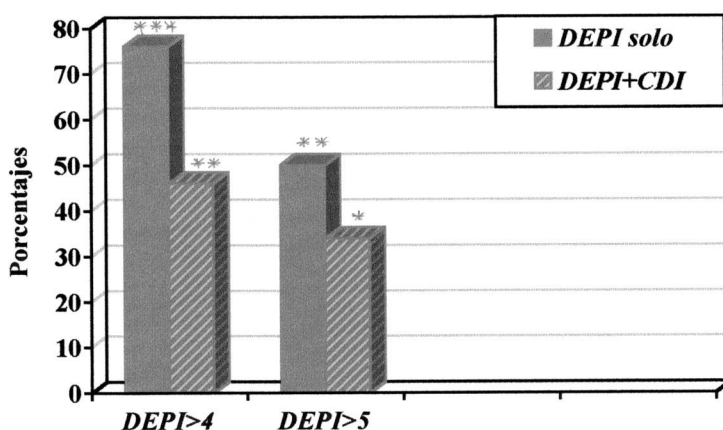
A) Los resultados sobre la **presencia de depresión** en este grupo son concluyentes y se obtienen con la total concordancia de los tres instrumentos que se han utilizado para evaluarla.

- *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; $\eta 0.52$). 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 ($p < 0.01$; potencia 0.93; $\eta 0.30$), 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; η^2 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.

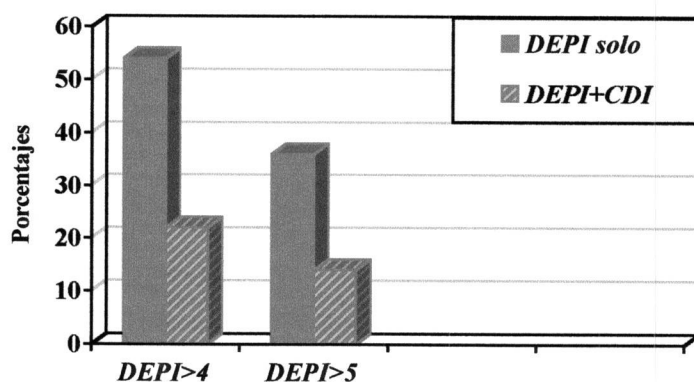
- En el test *Rorschach*:

- 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.

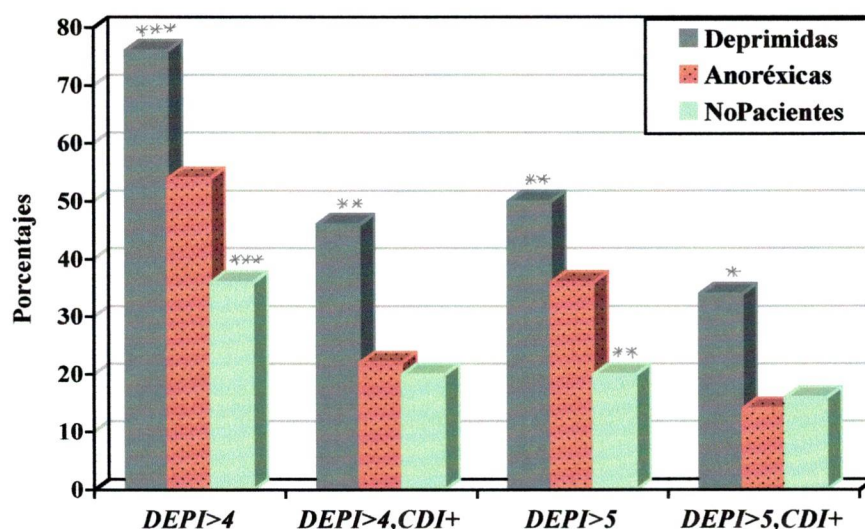


Se puede apreciar que en muchas de estas pacientes, cuando aparece un *DEPI* positivo no va unido a un *CDI* igualmente positivo, por lo que se puede concluir que cuando las anoréxicas, además de su problema de alimentación, están deprimidas, su depresión no es

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:

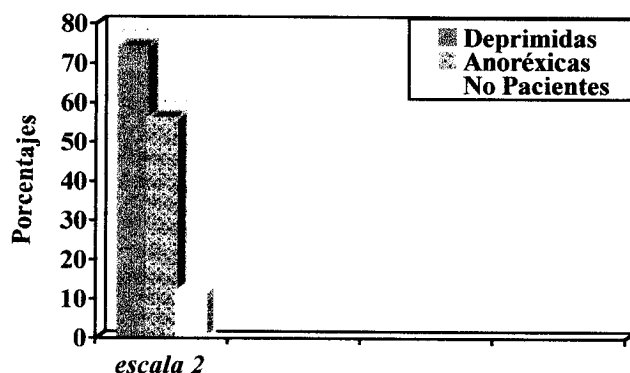
⇒ Es ya clásica la investigación del equipo de Minnesota (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor), realizada en los años 50, con 36 objetores de conciencia psicológicamente sanos, para determinar los efectos psicobiológicos de la inanición. Estos sujetos experimentales, recibieron durante seis meses 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.	<i>RDC</i> : Trastorno depresivo mayor. Depresión endógena.	56% 35%.
Hudson, Pope et al. / 1983b.		.	81%
Herzog / 1984.	27 AN.	<i>SADS-C</i> : Trastorno depresivo mayor. <i>Escala de Hamilton</i> : Depresión moderada o severa. <i>Entrevista DSM III</i> : Episodio depresivo mayor.	55,6%. 40,7%. 74,1%.
	33 AN.	<i>SADS-C</i> y <i>RDC</i> : Depresión mayor.	45,4%.
Yellowlees / 1985.	31 AN.	<i>DSSI</i> : 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.	<i>DSM III-R</i> : Depresión mayor. Distimia.	27%. 42%.

Nota: *SADS-C* = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version; *RDC* = Research Diagnostic Criteria; *DSSI* = Delusion, Symtoms 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*:

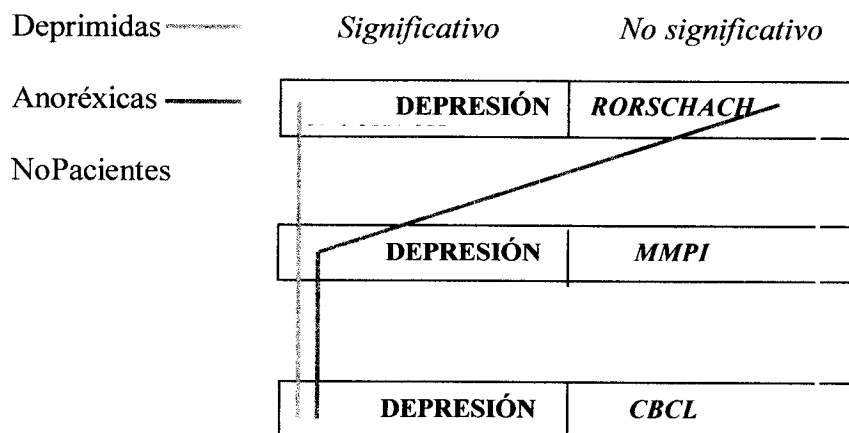
➤ Los padres de estas adolescentes anoréxicas informan de los siguientes aspectos:

⇒ 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.

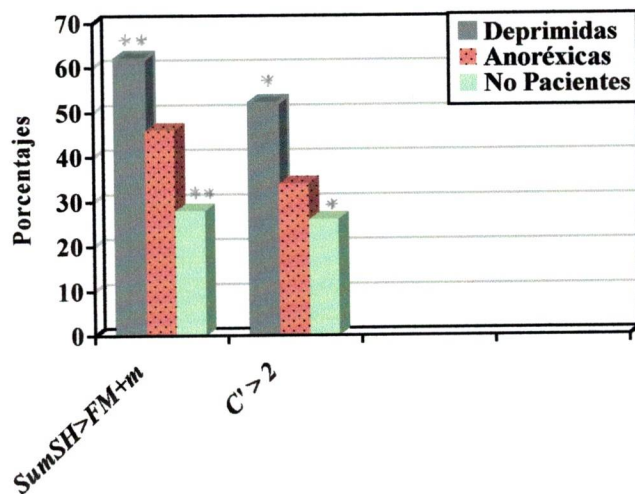
B) En cuanto a la variable **ansiedad**, los resultados que se obtienen son los siguientes.

- 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.

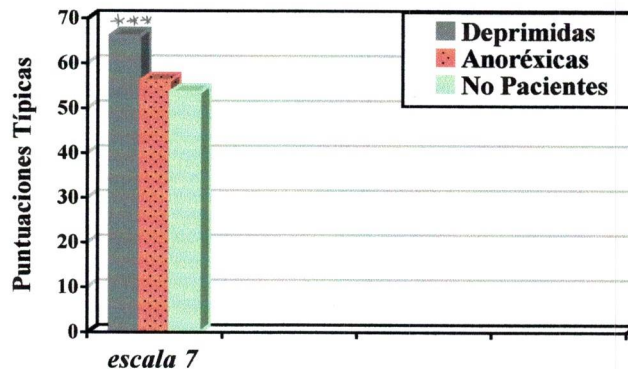


Nota: $p < 0.01 = **$; $p < 0.05 = *$.

- En *MMPI* obtenemos los siguientes resultados:

➤ Las pacientes anoréxicas cuando hablan de sí mismas no se atribuyen ansiedad (escala 7), 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.

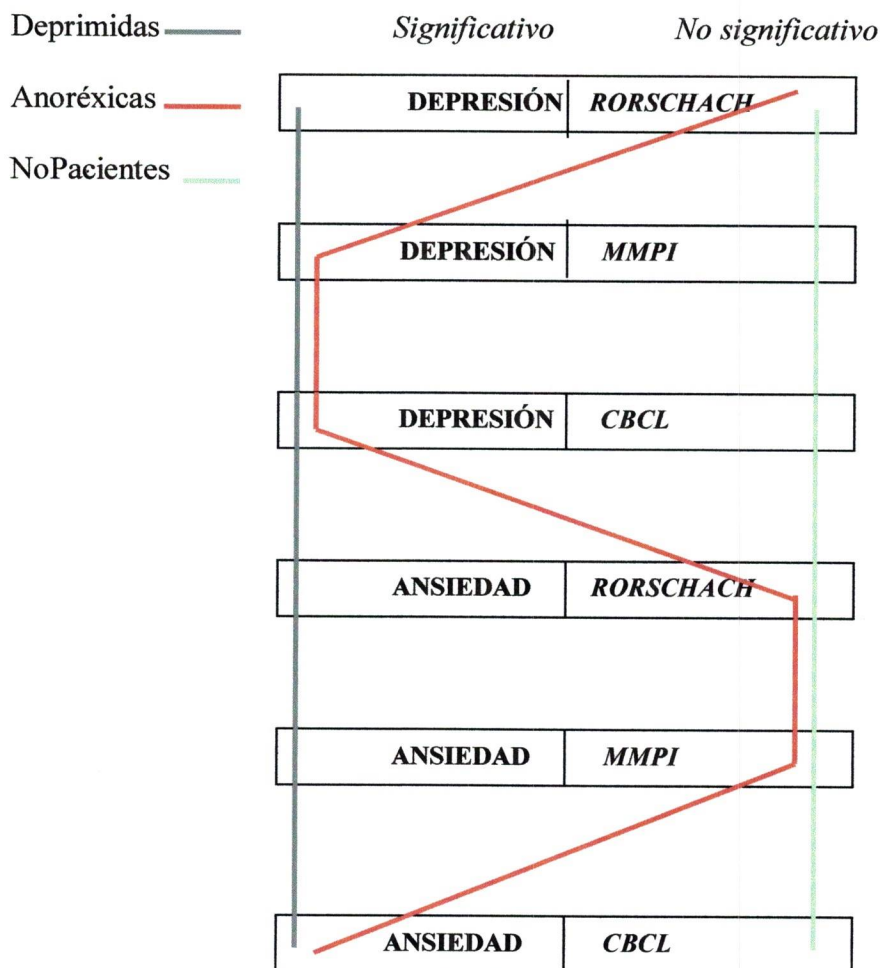
• A través de *CBCL*, los padres aportan sus observaciones:

➤ 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 Rorschach.
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 diferencias 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 monoaminooxidasa (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 mermada: 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.

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

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

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

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

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

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

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

IV .2.1.- TRÍADA COGNITIVA.

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

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

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

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

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

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

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

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	η	Potencia														
PROCESAMIENTO																			
<i>Lambda</i> ♦			4.45 (p = 0.108)	(0.14)	(0.25)														
<i>W</i>	1.80 (p = 0.169)			0.14	0.37														
<i>D</i>	1.01 (p = 0.365)			0.10	0.22														
<i>Dd</i> ♦	1.90 (p = 0.153)		3.41 (p = 0.182)	0.10	0.42														
<i>DQ+</i>	1.96 (p = 0.145)			0.17	0.40														
<i>DQv</i> * ♦	3.52 (p = 0.032)*	No Pacientes > Anoréxicas.		0.26	0.65														
<i>Zf</i>	1.87 (p = 0.157)			0.17	0.39														
<i>Zd</i> *	4.75 (p = 0.010)*	Anorex.y Deprim.>No Pac.		0.24	0.79														
<i>PSV</i> ♦	0.93 (p = 0.395)		1.61 (p = 0.446)	0.10	0.22														
<i>Estadísticos univariantes</i>																			
Variables	NO PACIENTES					A N O R E X I A					D E P R E S I Ó N								
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	
PROCESAM.																			
<i>Lambda</i>	1.10	0.86	0.90	0.97	1.00	1.86	0.84	0.82	0.63	0.70	1.00	2.66	1.28	2.21	0.68	0.96	.4/1.	5.17	
<i>W</i>	12.08	5.43	11.50	6.50	9.00	0.90	11.88	5.25	11.00	8.25	7/13.	0.53	10.28	4.91	9.50	6.25	9.00	0.42	
<i>D</i>	8.52	5.25	7.00	7.00	5/6.	1.08	7.12	4.42	6.00	6.25	2.00	0.98	7.64	5.21	6.50	8.00	5.00	1.01	
<i>Dd</i>	4.38	4.70	3.50	3.00	4.00	4.39	3.44	4.05	2.00	3.25	2.00	3.75	3.62	2.96	3.00	4.00	1.00	1.35	
<i>DQ+</i>	5.66	3.37	5.00	4.00	4.00	0.91	6.46	4.06	6.50	6.00	7.00	1.05	5.06	3.15	5.00	3.25	4.00	0.44	
<i>DQv</i>	1.94	2.05	1.00	3.00	1.00	1.38	0.98	1.10	1.00	2.00	0.00	1.10	1.20	1.28	1.00	2.00	1.00	1.32	
<i>Zf</i>	15.46	6.44	14.50	9.00	20.00	0.68	14.80	5.05	14.50	7.00	13/16	0.64	13.38	4.84	13.00	6.00	10/13	-0.26	
<i>Zd</i>	-2.53	4.57	-3.00	6.25	-4./-5	0.43	-0.16	5.31	0.50	7.63	0.50	0.12	0.34	5.03	0.00	6.50	-3.5	-0.03	
<i>PSV</i>	0.22	0.51	0.00	0.00	0.00	2.31	0.34	0.72	0.00	1.00	0.00	3.18	0.42	0.81	0.00	1.00	0.00	2.19	

Nota: - p < 0.001 = ***, p < 0.01 = **, p < 0.05 = *.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

establecer relaciones entre ellos.

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

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

IV.2.1.1.1- Índice Obsesivo (OBS).

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

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

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

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

IV.2.1.1.2- Índice de Hipervigilancia (HVI).

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

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

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

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

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

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

Nota: - p < 0.001 = ***; p < 0.01 = **; p < 0.05 = *. Sombreado: variables significativas.
 - Zd > 3.5: el 90% corresponde a un análisis de residuos = 2.0.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 52. Mediación cognitiva: Análisis de varianza.

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

Estadísticos univariantes

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

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

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

Tabla 53. Meditación cognitiva: Ji-cuadrado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 54. Ideación: Análisis de varianza.

Variables	F	Contraste : Tukey	Kruskal-Wallis	η^2	Potencia
IDEACION					
<i>M*</i> ♦	3.80 (p = 0.024)*	Anoréxicas > Deprimidas	7.94 (p = 0.018)*	0.24	0.68
<i>MQo*</i> ♦	4.11 (p = 0.018)*	Anoréxicas > Deprimidas	7.11 (p = 0.028)*	0.24	0.74
<i>MQsin*</i> •		Anoréxicas > Deprimidas	6.60 (p = 0.036)*	(0.20)	(0.64)
<i>Mp*</i> ♦	4.46 (p = 0.013)*	Anoréxicas > No Pacientes	9.85 (p = 0.007)*	0.26	0.78
<i>Ma</i> ♦	0.86 (p = 0.426)		1.56 (p = 0.458)	0.14	0.19
<i>MQ-</i> ♦	1.92 (p = 0.150)		2.48 (p = 0.288)	0.20	0.38
<i>FM+m</i>	1.92 (p = 0.150)			0.17	0.40
<i>FM+m pasivo</i>	0.92 (p = 0.419)			0.32	0.93
<i>Activo</i>	0.70 (p = 0.495)			0.10	0.17
<i>Pasivo*</i>	4.58 (p = 0.011)*	Anoréxicas > Deprimidas		0.24	0.77
<i>Intelec</i> ♦	0.33 (p = 0.720)		1.56 (p = 0.458)	0.00	0.10
<i>MOR</i> ♦	0.80 (p = 0.451)		1.62 (p = 0.445)	0.14	0.17
<i>Sum6 C.C.EE</i>	1.04 (p = 0.357)		4.02 (p = 0.133)	0.10	0.23
<i>SumPond6</i> ♦	1.34 (p = 0.264)		6.35 (p = 0.041)*	0.17	0.28
<i>Sum6 C.C.EE2*</i> •		Deprimidas > No Pacientes		(0.22)	(0.65)

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

Tabla 55. Estadísticos univariantes.

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

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

Tabla 56. Ideación: Ji-cuadrado.

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

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

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

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

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

- El **EB introversivo** supone el predominio de las respuestas de **movimiento humano (M)** sobre las respuestas de color. Por ello, se procedió a continuación a analizar más detalladamente las respuestas *M* cuyos resultados, que figuran en la Tabla 54, permiten obtener las siguientes conclusiones acerca de la ideación de las **pacientes anoréxicas**:
 - Estas adolescentes emplean la reflexión y el pensamiento deliberado (*M*) en mayor medida que las pacientes deprimidas ($p < 0.05$, potencia 0.68, η 0.24).
 - Además, su reflexión resulta bastante adecuada y realista (*MQo* = movimiento con buen ajuste perceptivo), mucho más que el pensamiento de las adolescentes diagnosticadas de depresión ($p < 0.05$; potencia 0.74, η 0.24).
 - Las distorsiones (*MQ-* = movimiento con distorsión perceptiva) que aparecen en la forma de pensar de estas adolescentes son similares a las de los otros grupos. Se llega a la misma conclusión si se analiza el punto de corte establecido por Exner (1993/1994) como clínicamente patológico ($M \rightarrow I$) e indicativo de la existencia de serias dificultades en la forma de pensar de un sujeto (Tabla 56).
 - Sin embargo, en el grupo de anoréxicas, hay otros datos que indican la existencia de alguna alteración en su forma de pensar. Se trata de la presencia significativa de respuestas de movimiento humano sin forma (*MQsin* $p < 0.05$, potencia 0.64, η 0.20), que son respuestas abstractas o simbólicas, sumamente infrecuentes e implican trastornos del

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

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

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

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

En el AV se observa que los movimientos pasivos (**pasivo**; $p < 0.05$; potencia 0.77, $\eta^2 = 0.24$) diferencian significativamente a las anoréxicas de las pacientes deprimidas, pero como, en principio, se desconoce si este aumento de pasividad que presentan las anoréxicas hace referencia a la ideación periférica ($FM+m$ pasivo) o a la ideación deliberada (M pasivo), se recurre nuevamente al AV de ambas variables. Los resultados indican que no

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

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

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

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

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

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

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

conceptos con ella (Ideación).

IV.2.1.4.1. Procesamiento de la información.

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

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

Tabla 57. *Procesamiento: variables comunes.*

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

Nota: ↑ = elevado; ↓ = disminuido.

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

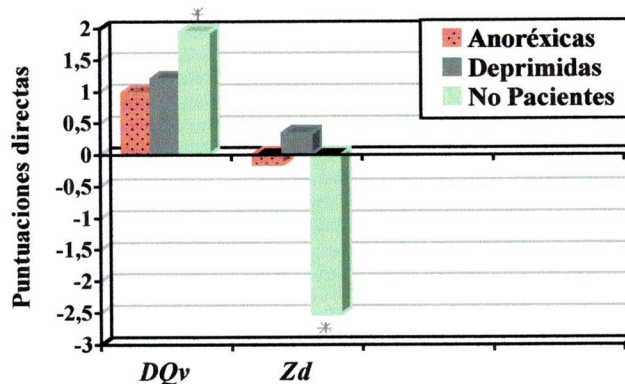
- **Características diferenciales: Muestra de anoréxicas.**

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

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

Gráficamente se representan esas diferencias en la Figura 19.

Figura 19. Procesamiento de la información: Diferencias significativas.



Nota: $p < 0.05 = *$.

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

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

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

- **Resumen:**

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

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

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

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

IV.2.1.4.2. Mediación cognitiva.

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

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

Tabla 58. *Mediación: Variables comunes.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.2.1.4.3. Ideación.

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

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

Tabla 59. *Ideación: Variables comunes.*

❖ <i>EB ambigüal.</i>
❖ <i>MQ-; M->1.</i>
❖ <i>Sum6CCEE (Suma códigos especiales).</i>
❖ <i>FM + m.</i>
❖ <i>MOR ↑.</i>
❖ <i>Intelectualización > 3.</i>

Nota: ↑ = elevado.

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

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

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

b) Su forma de pensar a veces está algo distorsionada ($MQ-$) y podría llegar a preocuparnos seriamente, en un porcentaje que oscila entre el 12-18% ($M > I$), si se tratara de una muestra de adultos. En poblaciones adolescentes estas alteraciones pueden ser menos indicativas de psicopatología, al poder ponerse en relación con el momento evolutivo por el que atraviesan, lleno de cambios que se suceden con gran rapidez, a los que deben adecuarse. Además, en la mayoría de estas adolescentes las alteraciones de la ideación no van acompañadas de deslices cognitivos, de trastornos en su forma de pensar (*Sum6 CCEE*).

c) Estas chicas, en principio, no parecen estar sometidas a alguna sobrecarga ideacional periférica que interfiera y dificulte sus procesos de pensamiento ($FM+m$).

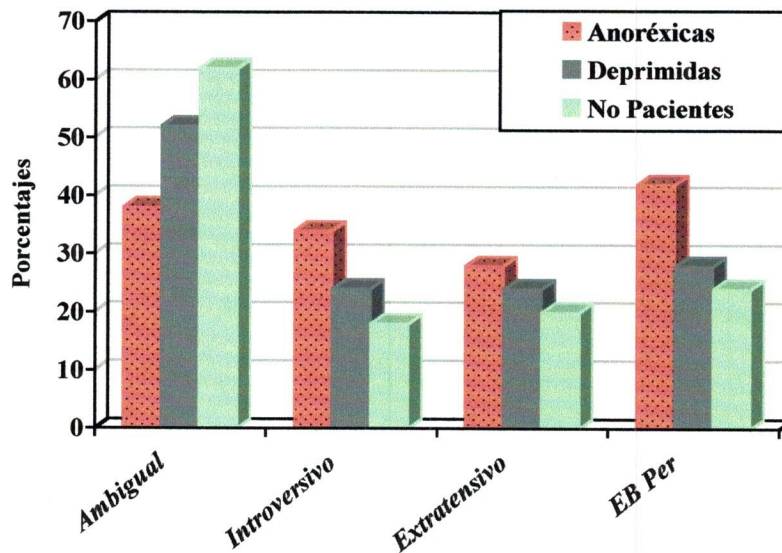
d) Su ideación es algo pesimista, con matices ocasionales de ideas y/o atribuciones negativas (MOR).

e) No recurren, de forma sistemática a mecanismos de intelectualización para neutralizar el efecto que les puedan producir las emociones (*Intelec.*).

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

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

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



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

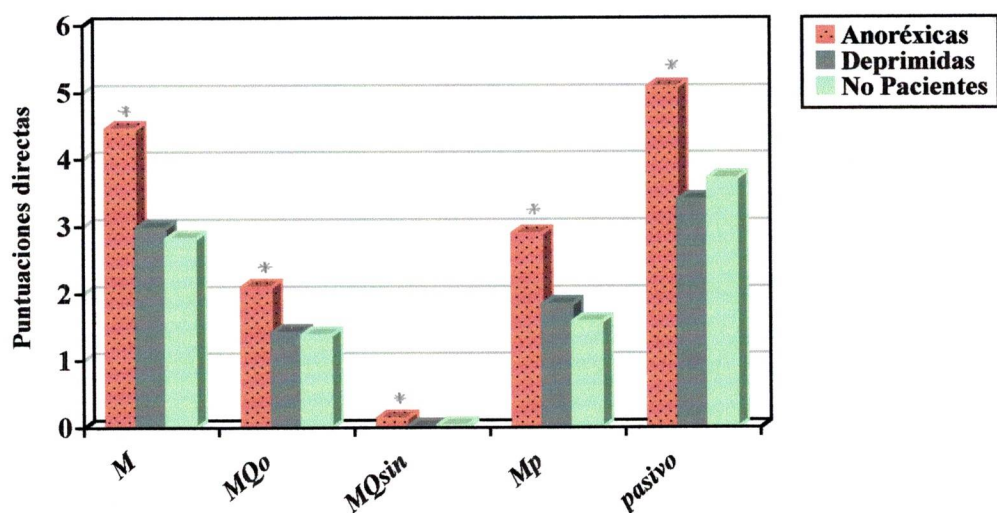
c) En general, utilizan la reflexión deliberada en mayor medida que el grupo de pacientes deprimidas (M , $p < 0.05$, potencia 0.68, η 0.24) y este pensamiento, aunque suele tener un buen ajuste perceptivo (MQo ; $p < 0.05$; potencia 0.74, η 0.24), alterna con ocasionales reflexiones sin estructura,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

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

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

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

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



Nota: $p < 0.05 = *$.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Resumen:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						ANOREXIA						DEPRESIÓN						
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	
CONT./STR.																			
<i>EA</i>	5.81	3.49	5.00	5.13	3.00	0.87	7.89	4.74	6.50	4.75	5.6.	1.32	6.00	3.68	5.25	5.00	3./4.	1.20	
<i>Adj D</i>	-0.50	1.23	0.00	1.00	0.00	-0.65	0.04	1.55	0.00	0.25	0.00	0.68	-0.64	1.26	0.00	1.00	0.00	0.23	
<i>es</i>	9.30	6.36	7.00	7.25	5.00	1.29	9.66	5.18	8.00	6.25	8.00	1.40	9.42	5.00	9.00	6.00	9.00	0.45	
<i>PuntD</i>	-0.98	1.68	0.00	1.00	0.00	-1.13	-0.44	1.77	0.00	1.00	0.00	0.52	-1.08	1.50	-1.00	2.00	0.00	-0.43	
<i>Sum SH</i>	4.38	4.63	3.00	5.00	2.00	1.59	4.90	3.25	5.00	3.00	5.00	2.02	5.46	3.38	5.00	4.25	4.00	0.31	

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

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

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

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

-. Sombreado: variables significativas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

complicado de integrar en el contexto de esta investigación.

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

Tensión Situacional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

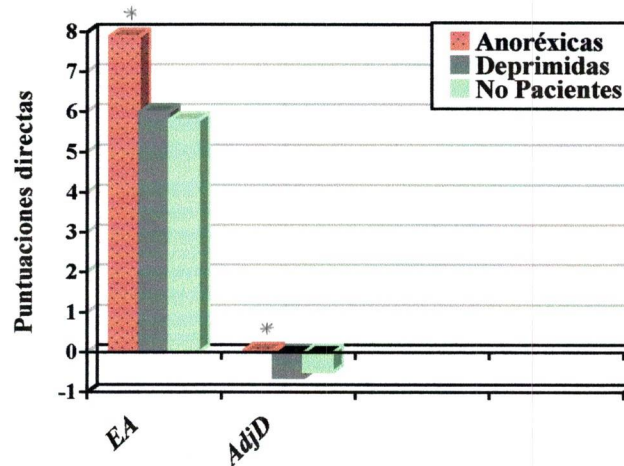
a) Al tratarse del grupo que cuenta con mayores recursos (EA $p < 0.05$, potencia 0.72, η 0.22; $EA < 6$, $p < 0.05$) con los que hacer frente a los estímulos irritativos que las puedan invadir ($es > EA$; $M + Y > 2 = 50\%$) y a las dificultades sociales que tengan que solventar ($CDI \geq 4$ en 48%),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

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

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

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

Nota: $p < 0.05 = *$.



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

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

c) Poniendo en relación los recursos (*EA*) y la capacidad de control (*Adj D*) detectados en las pacientes anoréxicas de nuestra muestra, con las conclusiones derivadas de su

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Resumen:**

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

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

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

IV.2.3.- OTRAS VARIABLES AFECTIVAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 63. *Estilo vivencial de los sujetos con DEPI ≥ 6 .*

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

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

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

menor.

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

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

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

Tabla 64. Otras variables afectivas: Ji-cuadrado.

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

Nota: - p < 0.001 = ***, p < 0.01 = **, p < 0.05 = *.

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

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

Tabla 65. Otras variables afectivas: Análisis de varianza.

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

Estadísticos univariantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 66. *Variables afectivas comunes.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

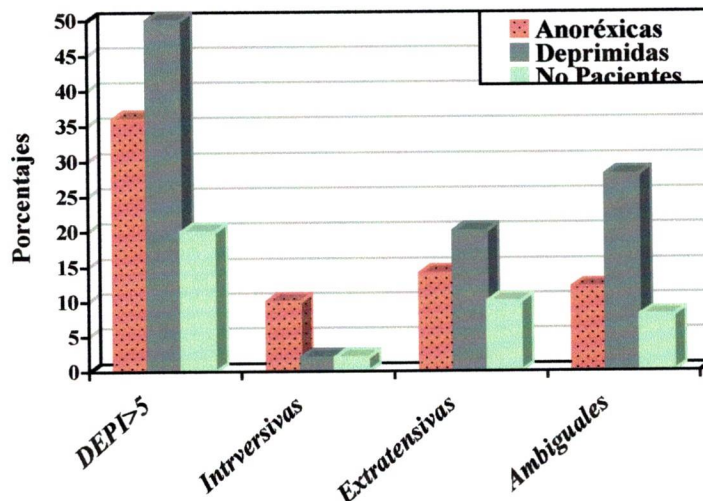
g) Ninguno de los grupos recurre de forma habitual a mecanismos defensivos de tipo maníaco o hipomaníaco (*CP*) para evadirse de las situaciones disfóricas. Este dato resulta curioso en el grupo de pacientes anoréxicas, pues la conducta que mantienen en relación a su cuerpo y su estado físico, su despreocupación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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

IV.2.4.- AUTOPERCEPCIÓN.

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

Esta información se obtiene analizando el grupo de variables siguientes.

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

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

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

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

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

Tabla 67. Autopercepción: Análisis de varianza.

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

Estadísticos univariantes.

Variables	NO PACIENTES						A N O R E X I A						D E P R E S I Ó N					
	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.	Media	D.T.	Mdna	R.I.C.	Moda	Asim.
3r+(2)/R	0.35	0.21	0.32	0.26	0.22	1.73	0.38	0.23	0.33	0.26	0.31	1.13	0.29	0.19	0.28	0.23	.29/.3	0.80
Fr+rf	0.76	1.60	0.00	1.00	0.00	3.35	0.76	1.53	0.00	1.00	0.00	3.15	0.34	0.85	0.00	0.00	0.00	2.83
FD	1.38	1.66	1.00	2.00	0.1.	1.44	0.58	0.97	0.00	1.00	0.00	2.48	0.54	0.65	0.00	1.00	0.00	0.79
Sum V	0.94	1.39	0.00	1.00	0.00	1.96	1.14	1.34	1.00	2.00	0.00	1.43	1.14	1.21	1.00	2.00	0.00	1.44
(H)	0.92	1.12	1.00	1.00	0.00	1.43	1.72	2.03	1.00	2.00	1.00	2.44	0.84	0.98	1.00	1.00	0.00	1.16
(Ad)	0.54	1.49	0.00	1.00	0.00	5.50	0.06	0.24	0.00	0.00	0.00	3.82	0.22	0.58	0.00	0.00	0.00	3.19

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

Tabla 68. *Autopercepción: Ji-cuadrado.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 69. *Autopercepción: Variables comunes.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ahora se puede completar la información añadiendo que en las pacientes anoréxicas esta distorsión se debe a que su autoimagen está muy fantaseada, basada en experiencias imaginarias, no en datos reales [(H) , $p < 0.05$, potencia 0.78, $\eta^2 0.26$], y en éstos son significativamente diferentes del resto de adolescentes. Este hallazgo merece ser ampliamente comentado:

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

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

(comparando grupos en un solo momento) y longitudinales, que permitió alcanzar algunas conclusiones muy interesantes para entender mejor a las anoréxicas y sus desórdenes alimentarios y comportamentales. Entre ellos, cabe destacar el trabajo de Slade y Russell (1973) y Slade (1985), cuyas conclusiones sobre estas pacientes serían: (1) Sobrestiman, de forma marcada, sus medidas corporales, principalmente la anchura. (2) Son mucho más exactas al juzgar los tamaños de objetos inanimados, su propia altura e, incluso, la anchura del cuerpo de otras mujeres. (3) Paradójicamente, muestran una mejoría en la exactitud de su juicio acerca del tamaño corporal a medida que ganan peso y mejoran de su enfermedad. Algunos autores (Rozados y Bosker, 1983) consideran que este hecho implica que la distorsión es el resultado de la pérdida de peso y no la causa. (4) Por lo general, todavía sobrestiman la anchura de su cuerpo en el momento en que son dadas de alta del hospital, donde han ingresado por extrema delgadez. (5) El nivel de sobrestimación de la anchura corporal en el momento del alta hospitalaria, es un buen predictor de futuras recaídas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Cuando se utiliza el punto de corte de la fórmula $An + Xy > 1$, se observa que las pacientes anoréxicas no están preocupadas en absoluto por su cuerpo (ausencia significativa, $p < 0.05$), preocupación que, sin ser enfermiza, se encuentra en el grupo de no pacientes y se puede relacionar con el propio periodo adolescente, en el que los cambios corporales son

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

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

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

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

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

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

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

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

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

autopercepción se refiere:

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

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

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

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

IV.2.5. RELACIONES INTERPERSONALES.

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 70. Relaciones interpersonales: Ji-cuadrado.

Variables	ESTADÍSTICOS			NO PACIENTES		ANOREXIA		DEPRESIÓN	
	χ^2	C.C.	Signific.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.	Presen.	Ausenc.
CDI ≥ 4	3.45	0.15	0.178	66%	34%	48%	52%	60%	40%
Índice HV1	3.23	0.15	0.199	20%	80%	12%	88%	8%	92%
$p > \alpha + 1$	3.15	0.14	0.207	26%	74%	42%	58%	30%	70%
$T = 0^*$	6.08	0.20	0.048*	72%*	28%	50%	50%	52%	48%
$T > 1$	2.65	0.13	0.266	8%	92%	10%	90%	18%	82%
$Fd > 0$	1.50	0.10	0.472	18%	82%	12%	88%	10%	90%
$H < 2$	1.49	0.10	0.474	52%	48%	44%	56%	56%	44%
$H+(H)+Hd+(Hd)>6$	1.46	0.10	0.483	30%	70%	28%	72%	20%	80%
$H+A > Hd+Ad$	2.29	0.12	0.318	88%	12%	92%	8%	82%	18%
$PER > 2$	0.70	0.07	0.705	24%	76%	18%	82%	24%	76%
$COP < 2$	1.14	0.09	0.567	90%	10%	84%	16%	90%	10%
$COP < 2$	2.85	0.14	0.240	84%	16%	70%	30%	74%	26%
$Atslamiento/R > 0.24$	3.23	0.15	0.199	66%	34%	68%	32%	52%	48%

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

- Sombreado: variables significativas.

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

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

Tabla 71. Relaciones interpersonales: Análisis de varianza.

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

Estadísticos univariantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se pueden agrupar las siguientes variables:

Tabla 72. *Relaciones interpersonales: Variables comunes.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

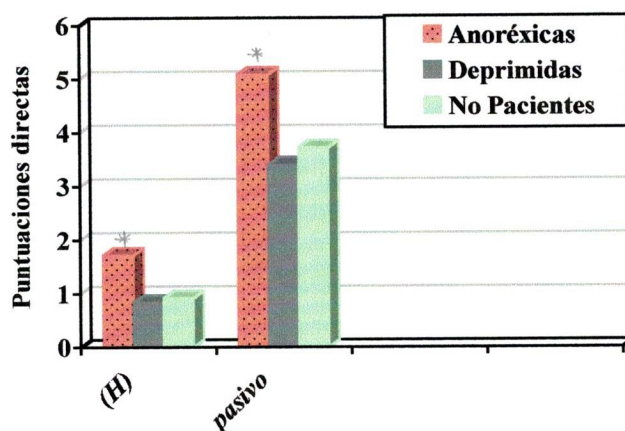
Este dato resulta curioso, pues las dificultades de relación en las pacientes anoréxicas han sido ampliamente señaladas por muy diversos autores, incluso se ha hipotetizado la posible correlación existente entre la aparición de fobia social y TCA, según recogen Roca y Baca (1998) en su obra. Flament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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.2.6.- ANÁLISIS DISCRIMINANTE.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FD diferencia sobre todo a las no pacientes.

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

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

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

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

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

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

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

Podemos observar que:

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

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

- **Conclusiones:**

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

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

IV.2.7.- NUEVAS HIPÓTESIS.

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

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

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

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

presentes al menos durante un año.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nota: ↑ = aumentado; ↓ = disminuido.

IV.2.7.4.- Conclusiones.

Según estos resultados podemos concluir:

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

V.- CONCLUSIONES.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TESTS	ESTADÍSTICOS				NO PACIENTES	ANOREXIA	DEPRESIÓN
	α	c.c.	η	pot			
RORSCHACH							
DEPI \geq 5 ***	.00	.31	--	--	ausencia (64%)		presencia (76%)
DEPI \geq 6 **	.00	.25	--	--	ausencia (80%)		presencia (50%)
DEPI \geq 5 y CDI \geq 4 **	.00	.25	--	--			presencia (46%)
DEPI \geq 6 y CDI \geq 4 *	.03	.21	--	--			presencia (34%)
DEPI \geq 5 Y CDI $<$ 4	(R)	.16	--	--	ausencia (84%)		
DEPI $<$ 5 y CDI \geq 4 **	.00	.28	--	--	presencia (46%)		ausencia (86%)
C' $>$ 2 *	.02	.22	--	--	ausencia (74%)		presencia (52%)
Sum SH $>$ FM+m **	.00	.27	--	--	ausencia (72%)		presencia (62%)
Mor $>$ 2	(R)	.17	--	--	ausencia (88%)		
Eg. $>$.44(Fr=0)o $<$.33	(R)	.17	--	--			presencia (76%)
Egoc. $<$ 0.33	(R)	.18	--	--			presencia (70%)
EA $<$ 6*	.04	.20	--	--		ausencia (62%)	
Adj D $<$ 0	(R)	.19	--	--			presencia (46%)
SumPondC $<$ 2.5	(R)	.11	--	--		ausencia (66%)	

MMPI							
MMPI-2 directa ***	.00	--	.53	1.0		mayor que NP	mayor que NP
MMPI-2 típica ***	.00	--	.52	1.0		mayor que NP	mayor que NP
MMPI-7 directa ***	.00	--	.41	.99			mayor que NP y AN
MMPI-7 típica ***	.00	--	.36	.99			mayor que NP y AN
MMPI-F directa **	.00	--	.33	.87			mayor que NP y AN
MMPI-F típica **	.00	--	.32	.90			mayor que NP y AN
MMPI-K directa ***	.00	--	.33	.97	mayor que D	mayor que D	
MMPI-K típica **	.00	--	.28	.91		mayor que D	

CBCL							
Ansiedad directa ***	.00	--	.40	1.0		mayor que NP	mayor que NP
Ansiedad Típica ***	.00	--	.36	.99		mayor que NP	mayor que NP
Depresión directa **	.00	--	.30	.92		mayor que NP	mayor que NP
Depresión típica **	.00	--	.30	.93		mayor que NP	mayor que NP

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

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

- (R) = análisis de residuos.

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

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

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

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

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

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

- **Muestra de pacientes anoréxicas.**

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

significación, altas potencias estadísticas y tamaños de efecto medios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Desde la psicometría, Biederman, Habelow, Rivinus, Harmatz y Wise (1986), revisan las puntuaciones *MMPI* de una muestra de pacientes anoréxicas de las que unas cubren los criterios diagnósticos *RDC* para depresión (*AN/RDC+*) y otras no los cubren (*AN/RDC-*), encontrando diferencias significativas en el *MMPI* de uno y otro grupo. Nuestros resultados *Rorschach*, obtenidos tanto a través del análisis de índices y agrupamientos como de la aplicación del análisis discriminante a las variables significativas, pueden interpretarse en el mismo sentido: un subgrupo de pacientes con

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Grupo de control.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V.2.1.-Triada Cognitiva.

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

• **Procesamiento de la información:**

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

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

Tabla 78.- Constelaciones Rorschach: Variables significativas (AV y χ^2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• **Mediación cognitiva.**

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

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

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

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

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

desacuerdos con el entorno.

- **Ideación.**

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

- ⇒ No se aprecia ningún tipo de sobrecarga ideacional periférica ($FM+m$) que interfiera y dificulte sus procesos de pensamiento y de reflexión deliberada.
- ⇒ En ocasiones, su forma de pensar está ligeramente distorsionada ($MQ-; M- > I$), pero al no apreciarse deslices cognitivos significativos ($Sum6 CCEE$), estas alteraciones pueden revestir menor importancia psicopatológica.
- ⇒ También, en ocasiones, su forma de pensar está teñida de cierto pesimismo y de ideas o atribuciones pesimistas (MOR).
- ⇒ No utilizan mecanismos de intelectualización para neutralizar el impacto de las emociones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⇒ Aportan una base empírica a estas teorías, poco contrastadas desde la perspectiva de la evaluación psicológica de la personalidad.

⇒ Matizan, dentro del funcionamiento cognitivo del sujeto, en qué procesos radica preferentemente el problema: las pacientes anoréxicas pueden captar, de forma muy adecuada, la información de su entorno y, aunque la sesgan en alguna medida al traducirla, donde realmente se manifiestan sus problemas es en la elaboración de esta información, cuando conceptualizan y construyen nuevos conceptos con los datos que han captado y, en parte traducido, de forma bastante correcta.

⇒ Otra consecuencia relevante hace referencia a las implicaciones prácticas de estos resultados en el tratamiento de la AN. Al diseñar un plan de intervención terapéutica global para estas pacientes, deberá incluirse una parte del mismo encaminada a modificar esta ideación, esta forma de pensar alterada, para lo cual la reestructuración cognitiva parece ser la terapia idónea. Por ello, resulta evidente la dificultad que supone el que un único profesional pueda abordar adecuadamente una patología tan compleja como ésta, que requiere la intervención coordinada de diversos profesionales, desde la integración de diversos modelos teóricos (García Alba, 1996).

V.2.2. Controles y tensión situacional.

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

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

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

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

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

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

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

V.2.3.- Otras variables afectivas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V.2.4.- Autopercepción.

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

representación cuando se la contrasta con fuentes de valoración externas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V.2.5.- Relaciones interpersonales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V.2.6.- Nuevas hipótesis.

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

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

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

VI.- BIBLIOGRAFÍA.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 212-228.

American Psychiatric Association. (1994a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.) (*DSM IV*). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994b). *Psychiatric Knowledge & Skills Self Assessment Program (PKSAP VI)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994c). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th. ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, A. E. (1984). Anorexia nervosa and bulimia in adolescent males. *Pediatric Annals*, *13*, 901-907.

Anderson, A. E., & Mickalide, A. E. (1983). Anorexia nervosa in the male. *Psychosomatic*, *24*, 1066-1074.

Archer, R. P. (1984). Use of the MMPI with adolescents: A review of salient issues. *Clinical Psychology Review*, *4*, 241-251.

Archer, R. P. (1987). *Using the MMPI with adolescents*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Archer, R. P. (1992). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1993a). Combining the Rorschach and the MMPI in the assessment of adolescents. *Journal of Personality Assessment*, *60*, 132-140.

Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1993b). A review of MMPI and Rorschach interrelationships in adult samples. *Journal of Personality Assessment*, *61*, 277-293.

Archer, R. P., Maruish, M., Imhof, E. A., & Piotrowski, C. (1991). Psychological test usage with adolescent clients: 1990 survey findings. *Professional Psychology: Research and*

Practice, 22, 247-252.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

from: SilverPlatter File: Medline Item: 90232067

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

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

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

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

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

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

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

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

Universidad de Navarra. San Fernando de Henares, Madrid: Litofinter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Channon, S., & DeSilva, W. P. (1985). Psychological correlates of weight gain in patients with anorexia nervosa. Conference on Anorexia Nervosa and Related Disorders (1984, Swansea, Wales) [CD-ROM]. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 267-271.
Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-25477

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SilverPlatter File: PsycLIT Item: 80-05700

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.

Garner, D. M., & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 1-27.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1978). Sociocultural factors in anorexia nervosa. *Lancet*, 2, 674-678.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1985). *Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1984). *Eating Disorder Inventory: Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., & Loranger, A. W. (1989). DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.

Geist, R., Davis, R., Heinmaa, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of psychiatry*, 43, 507-512.

Gerner, R. H., & Gwirstman, H. E. (1981). Abnormalities of dexamethasone suppression test and urinary MHPG in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 138, 650.

Gerner, R. H. & Wilkins, J. N. (1983). CSF cortisol in patients with depression, mania, or anorexia nervosa and in normal subjects [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*; 140, 92-94. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 69-10527

Gershon, E. S., Schreiber, J. L., Guroff, J. J., Hamovit, J. R., Dibble, E. D., Kaye, W., Nurnberger, J. I., Andersen, A. E., & Ebert, M. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1419-1422.

Gesell, A. y Amatruda, C. (1962). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño* (B. Serebrinsky, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1946)

Gilberstadt, H., & Duker, J. (1965). *A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation*. Philadelphia: Saunders.

Glaser, K. (1968). Masked depression in children and adolescents. *Annual Progress in Child Psychiatry Child Development*, 1, 345-355.

Gleaves, D. H., & Eberenz, K. (1993). The psychopathology of anorexia nervosa: A factor analytic investigation [CD-ROM]. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 141-152. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 81-10089

Goddington, R. D., & Bruch, H. (1970). Gastric percivity in normal, obese and schizophrenic subjects. *Psychosomatics*, 11, 571-579.

Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa: La prevención en familia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

González, A. y Jiménez, S. (1997). Bases teóricas de la modificación de conducta en los trastornos de la alimentación. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 41-48). Barcelona: Masson.

Goodwin, R., & Andersen, A. E. (1984). The MMPI in three groups of patients with

significant weight loss. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 188-203.

Gordon, R. A. (1988). A sociocultural interpretation of the current epidemic of eating disorders. In B. J. Blinder, B. F. Chaiting, & R. Goldstein (Eds.), *The eating disorders* (pp. 151-163). New York: PMA Publishing Corp.

Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman, R., Tyano, S., & Pfeffer, C. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1648-54. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96116616

Gottesman, I. I., Hanson, D. R., Kroeker, T. A., & Briggs, R. F. (1987). New MMPI normative data and power-transformed T-score tables for the Hathaway-Monachesi Minnesota cohort of 14,019 15-year-old and 3,674 18-year-old. In R. P. Archer (Ed.), *Using the MMPI with adolescents* (pp. 241-292). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Gough, H. G. (1950). The F minus K dissimulation index for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 408-413.

Graham, J. R. (1987). *MMPI: Una guía práctica* (J. A. Velázquez, Trad.). México: El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1977)

Grebb, J. A., Yingling, Ch. D., & Reus, V. I. (1984). Electrophysiological abnormalities in patients with eating disorders [CD-ROM]. *Comprehensive-Psychiatry*; 25, 216-224. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-26337

Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An interpretative manual*. New York: Grune & Stratton.

Gross, H. A., Lake, C. R., Ebert, M. H., Ziegler, M. G., & Kopin, J. J. (1979). Catecholamine metabolism in primary anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 48, 805-809.

Group for the Advancement of Psychiatry (1968). *Normal adolescence: Its dynamics and impact*. New York: Charles Scribner's Sons.

Groves, R. M. (1987). Research on survey data quality. *Public Opinion Quarterly*, 51, 156-172.

Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: Wiley & Sons.

Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa: Apepsia hysterica: anorexia hysterica. *Transaction of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.

Halmi, K. A. (1962). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 24, 187-194.

Halmi, K. A. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36, 18-26.

Halmi, K. A. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia, bulimia nerviosa y obesidad. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2ª ed.) (M. Alegret, N. Bará, P. Bassa, T. J. Cantó, E. Carmona, F. X. Caseras, E. De la Flor, N. De la Osa, S. García Vila, I. Grande, T. Gutierrez Rosado, M. Jodar, A. Milla, C. Pinet, G. Prat, J. Puntí, C. Ros, M. C. Santos y M. Schröder, Trads.) (pp. 905-924). Barcelona: Ancora. (Trabajo original publicado en 1995)

Halmi, K. A., Eckert, E., LaDu, T. J., & Cohen, J. (1986). Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline [CD-ROM]. *Archives of General Psychiatry*, 43, 177-181. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 86129773

Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relationship to physiology*,

anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. New York: Appleton.

Hallsten, E. A. (1965). Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization. *Behavior and Research Therapy*, 3, 87-91.

Harwell, M. R. (1988). Choosing between parametric and non-parametric tests. *Journal of Counseling and Development*, 67, 35-38.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota): III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, 14, 73-84.

Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1988). *Cuestionario de Personalidad MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory): Manual* (6ª ed.) (N. Seisdedos y A. Cordero, adaptadores). Madrid: TEA. (Trabajo original revisado en 1967)

Hathaway, S. R., & Monachesi, E. D. (1963). *Adolescent personality and behavior*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1984). Eating disorders: A variant of mood disorders? [CD-ROM]. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 349-365. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 72-09940

Havighurts, R. J., & Taba, H. (1949). *Adolescent character and personality*. New York: Wiley & Sons.

Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic.

Heebink, D. M., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1995). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: effects of age and menstrual status on psychological variables [CD-ROM]. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 378-82. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95204323

Hendren, R. L. (1983). Depression in anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 22, 59-62.

Herholz, K. (1996). Neuroimaging in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 62, 105-110. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-044449

Herpertz, B. M., & Remschmidt, H. (1989). Anorexia nervosa und depression: Zur Gewichtsabhängigkeit der depressiven Symptomatik [CD-ROM]. *Nervenarzt*; 60, 490-495. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 28-71455

Herpertz, B. M., & Remschmidt, H. (1993a). Depression and psychosocial adjustment in adolescent anorexia nervosa: A controlled 3-year follow-up study-[CD-ROM]. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 146-154. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 81-41728

Herpertz, B. M., & Remschmidt, H. (1993b). Depression in anorexia nervosa at follow-up [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 163-169. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 94004925

Herpertz, B. M., Wewetzer, Ch., & Remschmidt, H. (1995). The predictive value of depression in anorexia nervosa. Results of a seven-year follow-up study [CD-ROM]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 114-119. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95297370

Herpertz, B. M., Wewetzer, Ch., Schulz, E., & Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-345. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-12410

Herzog, D. B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed?. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1594-1597.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. & Lavori, P. W. (1992).

Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.

Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders [CD-ROM]. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 843-859. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 34-74782

Hidalgo, M. I., Diaz, R. J., Cabranes, J. A., Hidalgo, M. A. et al. (1992). A study of depressive symptoms in patients with anorexia nervosa [CD-ROM]. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 8, 5-12. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-43597

Hidelbrand, M., & Ruiter, C. (1998). Response styles on the Rorschach and the MMPI-2 in a dutch forensic psychiatric population. En M. Esbert (Ed.), *V Congreso de la Asociación Europea de Rorschach en Madrid* (pág. 33). Madrid: Psimática.

Holden, N. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder?. *British Journal of Psychiatry*, 157, 1-5.

Holland, A. J., Hall, A., Murray, R., Russell, G. F., & Crisp, A. M. (1984). Anorexia nervosa: A study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry*, 145, 414-419.

Holland, A. J., Sicotte, N., & Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: Evidence for genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 561-571.

Holzman, W. H., Thorpe, J. S., Swartz, J. D., & Herron, E. W. (1961). *Inkblot perception and personality*. Austin, TX: University of Texas Press.

Hopkins, K. D., & Weeks, D. L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 717-729.

Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence [CD-ROM]. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 921-927. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96300874

Hsu, L. K. G. (1980). Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954 to 1978). *Archives of General Psychiatry*, 37, 1041-1043.

Hsu, L. K. G. (1988). The outcome of anorexia nervosa: A reappraisal. *Psychological Medicine*, 18, 807-812.

Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.

Hsu, L. K. G., & Crisp, A. H. (1979). Outcome of anorexia nervosa. *Lancet*, 1, 61-65.

Hsu, L. K. G., Crisp, A. H., & Callender, J. S. (1992). Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorectics 22 years after onset of illness: a pilot study [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 123-127. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 92183458

Hsu, L. K. G., Holder, D., Hindmarsh, D., & Phelps, C. (1984). Bipolar illness preceded by anorexia nervosa in identical twins [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 262-266. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 72-09662

Hudgens, R. W. (1985). Anorexia not the same as depression [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1230. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-06525

Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun-Tood, D. (1983a). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 133-138.

Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun-Tood, D. (1983b). Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Research*, 9, 345-354.

Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun-Tood, D. (1985). Treatment of anorexia nervosa with antidepressants [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 17-23. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 85131894

Hull, J. W., Yeomans, F., Clarkin, J., Li, Ch., et al. (1996). Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder [CD-ROM]. *Psychiatric Services*, 47, 638-641. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-09526

Huon, G., & Brown, L. B. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 61-66.

Irwin, E. G. (1993). A focused overview of anorexia nervosa and bulimia: Part I. Etiological issues [CD-ROM]. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 7, 342-346. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 94234759

Irwin, M. (1984). Early onset anorexia nervosa [CD-ROM]. *Southern Medical Journal*, 77, 611-614. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 84196571

Isager, T., Brinck, M., Kreiner, S., & Tolstrup, K. (1985). Death and relapse in anorexia nervosa: survival analysis in 151 cases. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 515-521.

Jampala, V. Ch. (1985). Anorexia nervosa: A variant form of affective disorder? [CD-ROM]. *Psychiatric Annals*, 15, 698-704. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 74-16046

Jeammet, P. (1989). La depresión en el adolescente. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds.), *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Psicopatología I: Alteraciones al funcionamiento mental del niño y del adolescente* (Vol. 3) (A. Lasa y J. M. Marco, Trads.) (pp. 391-416). Madrid: Biblioteca Nueva. (Fecha del trabajo original: no

consta)

Jensen, A. (1965). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The sixth mental measurements yearbook* (pp. 501-509). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W. H., Hegg, A. P., & Brewerton, T. D. (1990). Eating disorders and depression: is there serotonin connection? [CD-ROM]. *Biological Psychiatry*, 28, 443-454. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 91002775

Johnson, C. (1985). Diagnosis survey for eating disorders. An Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 19-51). New York: Guilford Press.

Jones, B. P., Duncan, C. C., Brouwers, P., & Mirsky, A. F. (1991). Cognition in eating disorders [CD-ROM]. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13, 711-728. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-09585

Jones, D. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe Country, NY., 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551-558.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1996). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica* (7ª ed.) (L. Caballero, C. Caballero, L. Díaz, M. J. Herrero, M. Iceta y B. Sureda, Trads.). Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana. (Trabajo original publicado en 1994)

Kaplan, S. L., Grossman, P., Landa, B., Shenker, R., & Weinhold, C. (1986). Depressive symptoms and life events in physically ill hospitalized adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 107-111.

Kasser, J. A., Gwirtsman, H. E., Kaye, W. H., Brandt, H. A., & Jimerson, D. C. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of*

Psychiatry, 145, 1.287-1.288.

Katz, J. L. (1986). Long-distance running, anorexia nervosa, and bulimia: A report of two cases [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 74-78. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 74-04522

Katz, J. L. (1987). Eating disorders and affective disorder: Relatives or merely chance acquaintances?. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 220-228.

Katz, J. L., et al. (1984). Is there a relationship between eating disorder and affective disorder? New evidence from sleep recordings [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*, 141, 753-759. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71- 25941

Kaye, W. H., Ebert, M. H., & Raleigh, M. (1984). Abnormalities in CFS monoamine metabolism in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 41, 350-351.

Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., Ebert, M. H., Jimerson, D. C., Tomai, T. P., Chrousos, G. P., & Gold P. W. (1987). Elevated cerebrospinal fluid levels of immunoreactive corticotropin-releasing hormone in anorexia nervosa: relation to state of nutrition, adrenal function, and intensity of depression [CD-ROM]. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 64, 203-208. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 87083769

Kaye, W. H., Weltzin, T., & Hsu, L. K. G. (1993). Anorexia nervosa. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders* (pp. 47-70). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., & Esveldt-Dawson, K. (1983). Assessment of childhood depression: Correspondence of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychology*, 22, 157-164.

Kendall, P. C., & Norton-Ford, J. D. (1982). *Clinical psychology*. New York: Wiley &

Sons.

Kennedy, S. H. (1994). Melatonin disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 257-265. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95135462

Kennedy, S. H., Brown, G. M., Ford, C. G., & Ralevski, E. (1993). The acute effects of starvation on 6-sulphatoxy-melatonin output in subgroups of patients with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Psychoneuroendocrinology*, 18, 131-139. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 93262093

Kennedy, S. H., Brown, G. M., McVey, G., & Garfinkel, P. E. (1991). Pineal and adrenal function before and after refeeding in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Biological Psychiatry*, 30, 216-224. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-02009

Kennedy, S. H., Garfinkel, P. E., Parienti, V., Costa, D., et al. (1989). Changes in melatonin levels but not cortisol levels are associated with depression in patients with eating disorders [CD-ROM]. *Archives of General Psychiatry*; 46, 73-78. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-19544

Kennedy, S. H., Kaplan, A. S., Garfinkel, P. E., Rockert, W., Toner, B., & Abbey, S. E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes [CD-ROM]. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 773-82. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95182418

Kennedy, S. H., McVey, G., & Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 259-269.

Keppel, G. (1991). *Design and analysis: A researcher's handbook* (2nd. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kestemberg, E., Kestemberg, J., et Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris:

Presses Universitaires de France.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Litt, I., Simmonds, B., & Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 357-367.

Kimmel, D.C., & Weiner, I. B. (1985). *Adolescence: A developmental transition*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.

Kish, L. (1987). *Statistical design for research*. New York: Wiley & Sons.

Klein, M. (1975). El desarrollo temprano de la conciencia en el niño. En *Obras completas* (Vol. 2) (H. Friedenthal, Trad.) (pp. 239-248). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1933)

Klein, M. (1975). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas* (Vol. 3) (H. Friedenthal, Trad.) (pp. 255-278). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1946)

Klein, M. (1975). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. En *Obras completas* (Vol. 3) (H. Friedenthal, Trad.) (pp. 177-208). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1952)

Klein, M. (1976). Envidia y gratitud. En *Obras completas* (Vol. 6) (V. S. de Campo, Dubcovsky, V. Fischman, A. Koremblit, D. Liberman, R. Malfé, N. Rosenblatt y N. Watson, Trads.) (pp. 11-99). Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1957)

Klinefelter, D., Pancoast, D. L., Archer, R. P., & Pruitt, D. L. (1990). Recent adolescent MMPI norms: T-scores elevation comparisons to Marks and Briggs. *Journal of*

Personality Assessment, 54, 379-389.

Klopfer, B., Ainsworth, M. D., Klopfer, W. G., & Holt, R. R. (1954). *Development in the Rorschach technique and theory* (Vol. 1). Yonkers-on-Hudson, NY: World Book Co.

Knutson, J. (1972). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The seventh mental measurements yearbook* (pp. 435-440). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Kog, E., & Vandereycken, V. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 11-23.

Kope, T. M., & Sack, W. H. (1987). Anorexia nervosa in South-east Asian refugees. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 795-797.

Kotsopoulos, S. (1989). Phenomenology of anxiety and depressive disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 803-814.

Kramer, S. Z. (1988). Family structure of interpersonal relationships in the eating disorders. In B. J. Blinder, B. F. Chaiting, & R. Goldstein (Eds.), *The eating disorders* (pp. 165-176). New York: PMA Publishing Corp.

Kreisler, L. (1990). La expresión somática: La patología psicósomática. En S. Lebovici, R. Diatkine, y M. Soulé (Eds.), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Psicopatología II: La expresión manifiesta de los trastornos y su comprensión* (E. Castellano y J. M. Marco) (Vol. 4) (pp. 135-159). Madrid: Biblioteca Nueva. (Fecha del trabajo original: no consta)

Kretschmer, E. (1925). *Physique and character*. London: Kegan Paul.

Kuhs, H., & Mester, H. (1985). Der dexamethason-suppressions-test bei anorexia nervosa [CD-ROM]. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234, 335-340. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-09574

Kutcher, S. P., & Marton, P. (1989). Parameters of adolescent depression: A review.

Psychiatric Clinics of North America, 12, 895-918.

Kutcher, S. P., Williamson, P., Silverberg, J., Marton, P., Malkin, D., & Malkin, A. (1988). Nocturnal growth hormone secretion in depressed older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 751-754.

Lacey, J. H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. *British Medical Journal*, 285, 1816-1817.

Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., & Wittchen, H. U. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia: A descriptive diagnostic study [CD-ROM]. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-02044

Laessle, R. G., Schweiger, U., & Pirke, K. M. (1988). Depression as a correlate of starvation in patients with eating disorders [CD-ROM]. *Biological-Psychiatry*, 23, 719-725. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-05701

Lajoie, G. (1998, Agosto). The uncertain validity of the D Score: A demonstration. En M. Esbert (Ed.), *V Congreso de la Asociación Europea de Rorschach en Madrid* (pág. 37). Madrid: Psimática.

Larchar, D. (1974). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Lasa, L. y Canedo, C. (1997). Disfunciones fisiológicas relacionadas con factores mentales y del comportamiento: Trastornos de la conducta alimentaria. En S. Cervera, V. Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal y F. Torres (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría* (Vol.1) (pp. 1121-1154). Madrid: Litofinter.

Lasègue, C. (1873). De l'anorexie histerique. *Archives Generales de Medicine*, 21, 385-403.

Lask, B., & Bryant, W. R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders [CD-ROM]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 281-300. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-20340

Laudon, I. (1980). Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 281, 20-27.

Lauer, C. I., Krieg, J. Ch., Riemann, D., Zulle, J., et al. (1990). A polysomnographic study in young psychiatric inpatients: Major depression, anorexia nervosa, bulimia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Affective Disorders*, 18, 235-245. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 77-25343

Lauer, C. I., Zulle, J., Krieg, J. Ch., Riemann, D., et al. (1988). EEG sleep and the cholinergic REM induction test in anorexic and bulimic patients [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 26, 171-181. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-22980

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (M. Zaplana, Trad.). Barcelona: Martinez Roca. (Trabajo original publicado en 1984)

Lee, A. M., & Lee, S. (1996). Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 177-183. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97016444

Levitt, E. E. (1989). *The clinical application of MMPI special scales*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Levy, A. B. (1989). Neuroendocrine profile in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 25, 98-109.

Levy, A. B., Dixon K. N., & Schmidt, H. (1987). REM and delta sleep in anorexia nervosa and bulimia [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 20, 189-197. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 87232431

Levy, A. B., Dixon K. N., & Schmidt, H. (1988). Sleep architecture in anorexia nervosa and bulimia. Annual meeting of the American Psychiatric Association (1986, Washington, DC [CD-ROM]. *Biological Psychiatry*, 23, 99-101. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-02053

Lewin, K. (1973). *Dinámica de la personalidad* (1ª ed. , 1ª reimp.) (Álvarez Villar, Trad.). Madrid: Morata. (Fecha del trabajo original: no consta)

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rhode, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age and onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 808-818.

Licinio, J. (1989). Hyperinsulinemia: A mediator of decreased food intake and weight loss in anorexia nervosa and major depression [CD-ROM]. *Medical Hypotheses*, 28, 125-130. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 89181267

Licinio, J., Wong, M. L., & Gold, P. W. (1996). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 16, 75-83. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96323977

Lindner, R. M. (1950). The content analysis of the Rorschach protocol. In L. E. Abt, & L. Bellak (Eds.), *Projective Psychology* (pp. 75-90). New York: Knopf.

Logue, C. M., Crowe, R. R., & Bean, J. A. (1989). A family study of anorexia nervosa and bulimia [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 179-188. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 89152252

Looney, J. G., & Gunderson, E. K. E. (1978). Transient situation disorders: A longitudinal study in young men. *American Journal of Psychiatry*, 135, 660-663.

López Ibor, J. J. (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos.

López-Ibor Aliño, J. J. (1972). *Los equivalentes depresivos*. Madrid: Paz Montalvo.

Loranger, A. W., Susman, V. L., Oldham, J. M., & Russakoff, L. M. (1988). *Personality disorder examination: a structured interview for DSM III Axis II disorders (PDE)*. White Plains, NY: The New York Hospital Cornell Medical Center, Westchester Division.

Lubin, B., Larsen, R. M. & Matarazzo, J. D. (1984). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982. *American Psychologist*, 39, 451-454.

Lubin, B., Larsen, R. M., Matarazzo, J. D., & Seever, M. (1985). Psychological test usage patterns in five professional setting. *American Psychologist*, 40, 857-861.

Luby, E. D., Marrazzi, M. A., & Kinzie, J. (1987). Treatment of chronic anorexia with opiate blockade. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7, 52-53.

Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurdland, L. T. (1991). 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.

Lyon, M., Chatoor, I., Atkins, D., Silber, T., Mosimann, J., & Gray, J. (1997). Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents [CD-ROM]. *Adolescence*, 32, 101-111. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97259375

Madruga, D., Morandé, G., Martínez, J. y Caspir, F. (1991). El pediatra y la anorexia nerviosa. *Anales Españoles de Pediatría*, 34, 62-67.

Mahler, M. S. (1972). *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación* (R. Taylor, Trad.). México: Ed. Joaquín Mortiz. (Trabajo original publicado en 1968)

Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behaviour modification*. Cambridge: Ballinger.

Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). *Manual de psicopatología del adolescente* (T. Vilaltella, Trad.). Barcelona: Masson. (Fecha del trabajo original: no consta)

Mardomingo, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos.

Marks, P. A., & Briggs, P. (1972). Adolescent norm tables for the MMPI. In W. G. Dahlstrom, G. S. Welsh, & L. E. Dahlstrom (Eds.), *An MMPI handbook: Clinical interpretation* (Vol. 1) (pp. 388-399). Minneapolis: University of Minnesota Press. (Trabajo original publicado en 1967)

Marks, P. A., & Seeman, W. (1963). *The actuarial description of abnormal personality: An atlas for use with the MMPI*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Marks, P. A., Seeman, W., & Haller, D. (1974). *The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults*. Baltimore, MD: William & Wilkins.

Martínez Arias, R. (1995). El método de encuestas por muestreo: Conceptos básicos. En Anguera, T., Arnau, J., Ato, M., Martínez Arias, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 385-431). Madrid: Síntesis.

Martínez Arias, R. (1996). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

Martínez Arias, R. (1996a, Octubre). Métodos de investigación en intervención psicopedagógica: Evaluación de programas e intervenciones educativas. En *Curso de 2º de Licenciatura de Psicopedagogía*. Curso organizado por el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad Complutense de Madrid.

Martínez Arias, R. (1996b, Octubre). Psicometría. En *Curso de 2º de Licenciatura de Psicopedagogía*. Curso organizado por el Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad Complutense de Madrid.

Martínez Arias, R. (en prensa). El análisis de la varianza y el diseño de experimentos. En Sánchez Carrión, J. J. (Ed.), *Técnicas de análisis multivariable*. Madrid: Síntesis.

Marty, P., M'uzan M., et David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Masterson, J. F. (1968). The psychiatric significance of adolescent turmoil. *American Journal of Psychiatry*, 124, 107-112.

McArthur, C. (1972). The Rorschach. In O. Buros (Ed.), *The seventh mental measurements yearbook* (pp. 440-443). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women [CD-ROM]. *Behav-Res-Ther.*, 28, 205-215. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 90314943

McCauley, E., Myers, K., Mitchell, J., & Alii. (1993). Depression in young people: Initial presentation and clinical course. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 714-722.

McDowell, C.I., & Acklin, M. W. (1996). Standardizing procedures for calculating Rorschach interrater reliability: Conceptual and empirical foundations. *Journal of Personality Assessment*, 66, 308-320.

McGuire, H., Kinder, G. C., Curtis, G., & Viglione, D. J. (1995). Some special issues in data analysis. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 227-250). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*. New York: Morrow.

Meehl, P.E. (1951). *Research results for counselors*. St. Paul, MN: Department of Education.

Meehl, P. E. (1956). Profile analysis of the MMPI in differential diagnosis. In G. S. Welsh, & W. G. Dahlstrom (Eds.), *Basic reading on the MMPI in psychology and medicine* (pp. 292-297). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Meehl, P. E., & Hathaway, S. R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the MMPI. *Journal of Applied Psychology, 30*, 525-564.

Meyer, G. J. (1993). The impact of response frequency on the Rorschach constellation indices and on their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment, 60*, 153-180.

Meyer, G. J. (1996). The Rorschach and MMPI: Toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment. *Journal of Personality Assessment, 67*, 558-578.

Meyer, G. J. (1997). On the integration of personality assessment methods: The Rorschach and MMPI. *Journal of Personality Assessment, 68*, 297-330.

Miale, F. R. (1977). Symbolic imagery in Rorschach material. In M. A. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach psychology* (2nd ed.) (pp. 421-454). Huntington, NY: Krieger.

Miller, L. C. (1967). Louisville Behavior Check List for males, 6-12 years of age. *Psychological Reports, 21*, 885-896.

Millon, T. (1982). *Millon Clinical Multiaxial Inventory: Manual*. Minneapolis: National Computers Systems.

Millon, T., Green, C. J., & Meagher, R. B. (1977). *Millon Adolescent Personality Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.

Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E., & Pyle, R. (1985). Eating Disorders Questionnaire. *Psychopharmacological Bulletin, 21*, 1025-1043.

Monge, R. H. (1973). Developmental trends in factors of adolescent self-concept. *Developmental Psychology, 8*, 382-393.

Moore, C. D., & Handal, P. J. (1980). Adolescents' MMPI performance, cynicism, estrangement, and personal adjustment as a function of race and sex. *Journal of Clinical Psychology, 36*, 932-936.

Morandé, G. (1995, Junio). Introducción. En *Jornadas de trabajo sobre anorexia nerviosa*. Curso organizado por el Hospital del Niño Jesús, Madrid.

Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral, 2*, 243-260.

Morandé, G., Casas, J., Calvo, R., Marcos, A., Hidalgo I., Lareo, J., García Alba, C. y Eisman, G. (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Morandé, G., Celada, J., & Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health, 24*, 212-219.

Morandé, G. y Rodríguez Canto (1991). Anorexia y bulimia nerviosa: Trastornos del apetito y de la alimentación en adolescentes. *Medicine, 5*, 3281-3287.

Moreau, D. L. (1990). Major depression in childhood and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America, 13*, 355-368.

Morgan, G. J., & Mayberry, J. F. (1983). Common gastrointestinal disease and anorexia nervosa in british dietitians. *Public Health, 97*, 166-170.

Morgan, H. J., & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of longterm outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine, 5*, 355-371.

Munford, P. R., Tarlow, G., & Gerner, R. (1984). An experimental analysis of the interaction of chemotherapy and behavior therapy in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Nervous Mental Disease, 172*, 228-231. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item:

84163873

Murstein, B. I. (1963). *Theory and research in projective techniques (emphasizing the TAT)*. New York: Wiley & Sons.

Murstein, B. I. (1965). *Handbook of projective techniques*. New York: Basic Books.

Myers, P. N., & Biocca, F. A. (1992). The elastic body image: The effect of television advertising and programming on body image distortions in young women [CD-ROM]. *Journal of Communication*, 42, 108-133. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 80-07752

Mynors, W. L., Treasure, J., & Chee, D. (1992). Life events and anorexia nervosa: Differences between early and late onset cases [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 369-375. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 79-35599

Naber, D., & Pickard, D. (1983). The measurement of endorphins in body fluids [CD-ROM]. *Psychiatric Clinics of North America*; 6, 443-456. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-28877

Nagel, K. L., & Jones, K. H. (1992). Predisposition factors in anorexia nervosa [CD-ROM]. *Adolescence*, 27, 381-386. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 92320991

Nakao, M., Kumano, H., Nomura, S., Kuboki, T., Yokoyama, K., & Murata, K. (1998). Fatigue mood as an indicator discriminating between anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 202-205.

Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among arab female student of both London and Cairo universities. *Psychological Medicine*, 16, 621- 625.

Newell, K. M., & Hancock, P. A. (1984). Forgotten moments: A note on skewness

and kurtosis as influential factors in inferences extrapolated from response distributions. *Journal of Motor Behavior*, 16, 320-335.

Newmark, C. S., Gentry, L., & Whitt, J. K. (1983). Utility of MMPI indices of schizophrenia with adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 170-172.

Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 507-514.

Norman, D. K., & Herzog, D. B. (1983). Bulimia, anorexia and anorexia nervosa with bulimia. A comparative analysis of MMPI profiles. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 43-45.

Nussbaum, K. M., Shenker, I. R., Baird, D., & Saravay, S. (1998). Follow-up investigation in patients with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Pediatric*, 106, 835-840. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 85210346

Ochoa, E. (1996). *De la anorexia a la bulimia*. Madrid: Aguilar.

Offer, D. (1969). *The psychological world of the teenager: A study of normal adolescent boys*. New York: Basic Books.

Offer, D., & Offer, J. B. (1975). *From teenager to young manhood*. New York: Basic Books.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (10^a ed.) (CIE-10)* (J. J. López-Ibor, M. D. Crespo, J. L. Carrasco, F. Ferré, L. Jordá, M. Martín y M. Vega, Trads.). Madrid: Meditor.

Orgazzi, I. (1993). Rorschach and fonctionnement familial dans un cas d'anorexie mentale. *Bulletin de la Societe du rorschach et des Methodes Projectives de Langue*

Francaise, 37, 103-123.

Padierna, A., Silva, M., Horcajo, M., Vicente, M., Ponte, J. y López, E. (1999). Evolución de la demanda asistencial por trastornos alimentarios en un programa específico. *Anales de Psiquiatría*, 15, 325-328.

Pal (Eds.). (1985). *Diccionario de psicología* (Vols. 1-2). Barcelona: Orbis.

Pancoast, D. L., & Archer, R. P. (1988). MMPI adolescent norms: Patterns and trends across 4 decades. *Journal of Personality Assessment*, 52, 691-706.

Parker, K. C. (1983). A meta-analysis of the reliability and validity of the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 47, 227-231.

Parker, K. C., Hanson, R. K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103, 367-373.

Patton, G. C., Carlin, J. B., Shao, Q., Hibbert, M. E., Rosier, M., Selzer, R., & Bowes, G. (1997). Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? [CD-ROM]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 38, 299-306.
Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 97376366

Pedreira, J. L. (1995). *Protocolos de salud mental infantil para Atención Primaria*. Madrid: Editorial Libro del Año.

Pedreira, J. L., & Sánchez, B. (1992). Primary care and screening instruments for mental disorders in children and adolescents. *European Journal of Psychiatry*, 6, 109-120.

Pérez Galdós, S. (1998, Junio). Aspectos psicodinámicos. En *Curso sobre trastornos de la alimentación*. Organizado por el Servicio de Formación e Investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid, Alcorcón, Madrid.

Pérez Puente, C. y Aguado, J. A. (1997). *Trastornos del humor*. En S. Cervera, V.

Conde, A. Espino, J. Giner, C. Leal y F. Torres (Eds.), *Manual del residente de psiquiatría* (Vol.2) (pp. 1575-1622). Madrid: Litofinter.

Perry, G. G., & Kinder, B. N. (1990). The susceptibility of the Rorschach to malingering: A critical review. *Journal of Personality Assessment*, 54, 47-57.

Peterson, D. R. (1961). Behavior problems of middle childhood. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 205-209.

Petrinovich, L. F., & Hardyck, C. D. (1969). Error rates for multiple comparison methods: Some evidence concerning the frequency of erroneous conclusions. *Psychological Bulletin*, 71, 43-54.

Piaget, J. (1972). *El nacimiento de la inteligencia en el niño* (L. Fernández Cancela, Trad.). Madrid: Aguilar. (Trabajo original publicado en 1959, 3ª ed.)

Piaget, J. (1973). *La representación del mundo en el niño* (V. Valls, Trad.). Madrid: Morata. (Trabajo original publicado en 1933)

Piotrowski, Z. A. (1957). *Perceptanalysis*. New York: Macmillan.

Piotrowski, Z. A. (1977). The movement response. In M. A. Rickers-Ovsiankina (Ed.). *Rorschach psychology* (2nd ed.) (pp. 189-227). Huntington, NY: Krieger.

Piran, N., Kennedy, S. H., Garfinkel, P. E., & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.

Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.

Pirke, K. M. (1996). Central and peripheral noradrenalin regulation in eating disorders [CD-ROM]. *Psychiatry Research*, 62, 43-49. Abstrac from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-04465

Ploog, D. W., & Pirke, K. M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 17*, 843-859.

Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

Polaino, A. y García Villamizar, D. A. (1988). Diagnóstico y evaluación de las depresiones infantiles. En A. Polaino-Lorente (Ed), *Las depresiones infantiles* (pp. 71-96). Madrid: Morata.

Polaino, A y García Villamizar, D. A. (1993). *La depresión infantil en Madrid: Un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC.

Polaino Lorente, A. y Lizasoain, O. (1990). Programas para la preparación a la hospitalización infantil. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Ed), *Modificación de conducta y salud* (pp. 126-150). Endema.

Pollice, Ch., Kaye, W. H., Greeno, C. G., & Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 367-376. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-31518

Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorders?. A critical review. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 1-9.

Prata, G. (1998, Junio). Aspectos sistémicos. En *Curso sobre trastornos de la alimentación*. Organizado por el Servicio de Formación e Investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid, Alcorcón, Madrid.

Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken, W., & Goris, M. (1992). Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: A reliability study. *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 89-97.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). Body

Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaires. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.

Puig-Antich, J. (1984). Clinical and treatment aspects of depression in childhood and adolescence. *Pediatrics Annals*, 13, 37.

Quay, H. C., & Peterson, D. R. (1983). *Interim Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, FL: Applied Social Sciences, University of Miami.

Rabin, A. (1972). The Rorschach. In O. Buros (Ed.). *The seventh mental measurements yearbook* (pp.443-445). Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1945). *Diagnostic-psychological testing*. Chicago: Yearbook Publishers.

Rastam, M., Gilberg, C., & Gartron, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 642-646.

Remplein, H. (1968). *Tratado de psicología evolutiva* (2ª ed.) (E. Loedel, Trad.). Barcelona: Labor. (Fecha del trabajo original: no consta)

Ritzler, B. A., & Exner, J. E. (1995). Special issues in subject selection and design. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 123-143). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Rivinus, T. M., Biederman, J., Herzog, D. B., Kemper, K., Harper, G. P., Hartz, J. S., & Houseworth, S. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study [CD-ROM]. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1414-1418. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 85044407

Roberts, N., Vargo, B., & Ferguson, H. B. (1989). Measurement of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 837-860.

Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. W., et al. (1994). Family therapy

versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 111-116. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 81-34358

Robinson, R. G. et al. (1983). Quantitative assessment of psychologic state of patients with anorexia nervosa or bulimia: Response to caloric stimulus [CD-ROM]. *Psychosomatic Medicine*, 45, 283-292. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-09967

Roca, M. y Baca, E. (1998). Comorbilidad psiquiátrica. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Eds.), *Fobia social* (pp. 63-96). Barcelona: Masson.

Rochlin, G. (1959). The loss complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 299-316.

Rodriguez, M. C. (1998). Sintomatología clínica en jóvenes que realizan dieta alimentaria. *Clínica y Salud*, 9, 597-606.

Roig-Fusté, J. M. (1989). *El MMPI en la exploración objetiva de la personalidad*. Barcelona: Espaxs, S.A.

Rorschach, H. (1969). *Psicodiagnóstico* (5ª ed.) (L. Rosenthal, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1921)

Rossi, J. S. (1990). Statistical power of psychological research: What have we gained in 20 years?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 646-656.

Rothenberg, A. (1986). Eating disorders as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49, 45-53.

Rothenberg, A. (1988). Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: a review of 11 studies [CD-ROM]. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 427-432. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 88311848

Rozados, R. V. y Bosker, L. (1983). Psiconeuroendocrinología. En A. Güitelman, L.

Fiszlejder, A. I. Romo y Aszpis (Eds.), *Unidad hipotálamo hipofisaria* (pp. 211-231). Buenos Aires: Edimed.

Rubinstein, S. L. (1967). *Principios de psicología general* (S. Trowsky, Trad.). Méjico: Grijalbo (Fecha del trabajo original: no consta)

Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In J. H. Price (Ed.), *Modern trends in psychological medicine* (pp. 131-164). London: Butterworths.

Russell, G. F. M. (1977). The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 363-367.

Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

Russell, G. F. M., Szmukler, G.I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.

Salas, J. (1944). *El psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata.

Salminen, J. K., Saarijarvi, S., & Aarela, E. (1995). Two decades of alexithymia [CD-ROM]. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 803-807. Abstract from: SiverPlatter File: PsycLIT Item: 34-73637

Sánchez Carrión, J. J. (1988). *Introducción al análisis de datos con SPSS/PC+ versión 2.0 y 3.0*. Madrid: Alianza Editorial.

Sánchez Carrión, J. J. (1992). *Análisis de tablas de contingencia* (2ª ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Sánchez Carrión, J. J. (1995). *Manual de análisis de datos*. Madrid: Alianza Editorial.

Sardinero, E., Pedreira, J. L. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach:

Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clinica y Salud*, 8, 447-480.

Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1994). Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders [CD-ROM]. *Child-Abuse and Neglect*, 18, 607-615. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95041755

Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. New York: Grune & Stratton.

Schonfeld, W. A. (1973). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En G. Caplan y S. Lebovici (Eds.), *Psicología social en la adolescencia* (D. R. Wagner, Trad.) (pp. 27-43). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1969)

Schütze, G. (1983). *Anorexia mental* (Diorki, Trad.). Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1980)

Schwartz, D. M., & Thompson, M. G. (1981). Do anoretics get well?. Current research and future needs. *American Journal of Psychiatry*, 138, 319-323.

Schwartz, D. M., Thompson, M. G., & Johnson, C. L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 20-35.

Sebastian, S. B., Williamson, D. A., & Blouin, D. C. (1996). Memory bias for fatness stimuli in the eating disorders [CD-ROM]. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 275-286. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 00448-005

Sechrest, L. (1963). Incremental validity: A recommendation. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 153-158.

Sedlmeier, P., & Gigerenzer, G. (1989). Do studies of statistical power have an effect on the power of studies. *Psychological Bulletin*, 105, 309-316.

Seidman, J. M. (1960). *The adolescent: A book of reading*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Seisdedos, N. y Roig-Fusté, J. M. (1986). *MMPI: Suplemento técnico e Interpretación clínica*. Madrid: Tea.

Selvini Palazzoli, M. (1963). *L' Anorexia mentale*. Milán: Feltrinelli.

Selvini Palazzoli, M. (1985). Anorexia nervosa: a syndrome of the affluent society. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 22, 199-205.

Sendín, C. (1981). Popular responses to the Rorschach test in Spanish subjects. *Rorschachiana XV*, 64.

Sendín, C. (1987). La estructura factorial del test de Rorschach: Un camino hacia la validez de constructo. *Rorschachiana, XVI*, 152-157.

Sendín, C. (1990). Datos normativos al test de Rorschach: Nueva revisión. *Rivista dell' Accademia Lombarda de Rorschach*, 2, 29-34.

Sendín, C., & García Alba, C. (1993, July). *Profile of 50 adolescents with positive CDI*. Paper presented at the meeting of the XIV International Congress of Rorschach, Lisbon.

Sendín, C., & García Alba, C. (1994). Family changing process: Integration of two modalities of Rorschach test administration. *Rorschachiana, XIX*, 46-60.

Sendín, C. y García Alba, C. (1995). *Diagnóstico escolar: Integración de Rorschach y WISC para la medida del desarrollo cognitivo*. Comunicación presentada en el 2º Congreso Internacional de Educación, Madrid.

Sendín, C. y García Alba, C. (1996a, Julio). *Adolescentes diabéticos: Planificación del tratamiento a partir del Rorschach*. Comunicación presentada en el XV Congreso Internacional de Rorschach, Boston, MA.

Sendín, C., & García Alba, C. (1996b, July). *Evaluation of treatment by means of longitudinal case study*. Paper presented at the meeting of XV International Congress of

Rorschach, Boston, MA.

Sendín, C. y García Alba, C. (1999, Julio). *Síndrome de Munchausen inducido: Reflexiones sobre un caso*. Poster presentado en el XVI Conferencia Internacional de la Sociedad de Rorschach, Amsterdam.

Sendín, C., García Alba, C., Pérez, E. y Alvarez, M. J. (1996, Agosto). *Protocolos de derivación para atención primaria: Anorexia y Depresión infantil*. Poster presentado en el X Congreso Mundial de Psiquiatría, Segovia.

Serrallonga, J. y Pifarré, J. (1997). Trastornos mentales y alimentación perturbada. En V. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* (pp. 32-40). Barcelona: Masson.

Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. (1997). *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. (en prensa). *Posibles líneas de intervención para la prevención de las patologías de anorexia y bulimia de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S., & Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 277-286.

Shapiro, T. y Hertzog, M. E. (1996). Desarrollo normal en la infancia y la adolescencia. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2ª ed.) (M. Alegret, N. Bará, P. Bassa, T. J. Cantó, E. Carmona, F. X. Caseras, E. De la Flor, N. De la Osa, S. García Vila, I. Grande, T. Gutierrez Rosado, M. Jodar, A. Milla, C.

Pinet, G. Prat, J. Puntí, C. Ros, M. C. Santos y M. Schröder, Trads.) (pp. 113-151).
Barcelona: Ancora. (Trabajo original publicado en 1995)

Sharp, V. (1980). Adolescence. In J. R. Bemporad (Ed), *Child development in normality and psychopathology* (pp. 174-220). New York: Brunner/Mazel.

Shontz, F. C., & Green, P. (1992). Trends in research on the Rorschach: Review and recommendations. *Applied and Preventive Psychology, 1*, 146-149.

Sieg, K. G., Hidler, M. S., Graham, M. A., Steele, R. L., et al. (1997). Hyperintense subcortical brain alterations in anorexia nervosa [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 391-394. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 84-31528

Siegel, S., & Castellan, N. J. Jr. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Silverstone, P. H. (1990). Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression [CD-ROM]. *Psychological Reports, 67*, 276-278. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 91046534

Silvestrone, P. H., & Russell, G. F. M. (1967). Gastric hunger in contractions in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 13*, 257-263.

Sines, L. K. (1959). The relative contribution of four kinds of data to accuracy in personality assessment. *Journal of Consulting Psychology, 23*, 483-492.

Slade, P. D. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research, 19*, 255-265.

Slade, P. D., & Russell, G. F. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine, 3*, 188-199.

Smart, D. E., Beaumont, P. J. V., & George, G. C. W. (1976). Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 128*, 57-60.

Smith, Ch., & Steiner, H. (1992). Psychopathology in anorexia nervosa and depression [CD-ROM]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 841-843. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 80-09737

Sorokina, T. T., & Evsegneev, R. A. (1983). Anorexia nervosa as a manifestation of endogenic depression in pubertal age [CD-ROM]. *Zhurnal Nevropatologii y Psikhiatrii imeni S. S. Korsakova*, 83, 1195-1198. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-20691

Sorokina, T. T., & Evsegneev, R. A. (1985). Anorexia nervosa as a symptom of endogenous depression in puberty [CD-ROM]. *Soviet Neurology and Psychiatry*, 17, 48-55. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-06603

Soukup, V. M., Beiler, M. E., & Terrell, F. (1990). Stress, coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 592-599. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 91060749

Spitz, R. A. (1945). Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic study of the Child*, 53.

Spitz, R. A. (1972). *El primer año de la vida del niño* (P. Barceló y L. Frenández, Trads.). Madrid: Aguilar. (Trabajo original publicado en 1958)

SPSS/PC+ [Computer software] (MS-DOS). The statistical package for IBM PC (V4.0). Chicago, IL: SPSS Inc.

Stavrakaki, C., & Gaudet, M. (1989). Epidemiology of affective and anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 791-802.

Steiner, H. (1990). Defense styles in eating disorders [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 141-151. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 77-20248

Sternberg, R.J. (1996). *Investigar en Psicología: Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales* (B. Gómez Zúñiga, Trad.). Barcelona, Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1988)

Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Stone, L. J., & Church, J. (1957a). Adolescence as a cultural invention. In A. H. Essman (Ed.), *The psychology of adolescence: Essential Readings* (pp. 7-11). New York: International Universities Press.

Stone, L. J., & Church, J. (1957b). Pubescence, puberty, and physical development. In A. H. Essman (Ed.), *The psychology of adolescence: Essential Readings* (pp. 75-85). New York: International Universities Press.

Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp.354-373). New York: Guilford Press.

Strober, M., & Katz, J. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology?. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 171-180.

Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.

Strube, M. J. (1988). Some comments on the use of magnitude-of-effect estimates. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 342-345.

Strube, M. J., Gardner, W., & Hartmann, D. P. (1986). Limitations, liabilities, and obstacles in reviews of the literature: The current status of meta-analysis. *Clinical*

Psychology Review, 5, 63-78.

Swift, W. J., Andrews, D., & Barklage, N. E. (1986). The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 143, 290-299.

Sykes, D. K., Leuser, B., Melia, M., & Gross, M. (1988). A demographic analysis of 252 patients with anorexia nervosa and bulimia. Special Issue: Nutrition, stress, and aging [CD-ROM]. *International Journal of Psychosomatics*, 35, 5-9. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 77-15163

Taylor, A. L., & Fishman, L. M. (1988). Corticotropin-releasing hormone [CD-ROM]. *New England Journal of Medicine*, 319, 213-222. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 76-26008

Taylor, M. J., & Cooper, P. J. (1986). Body size overestimation and depressed mood [CD-ROM]. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 153-154. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-27674

Theander, S. (1970). Anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214, 1-300.

Thöma, H. (1967). *Anorexia nervosa*. New York: International Universities Press.

Tiller, J., Schmidt, U., Ali, S., & Treasure, J. (1995). Patterns of punitiveness in women with eating disorders [CD-ROM]. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 365-371. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95345858

Toolan, J. M. (1962). Depression in children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 404-414.

Toolan, J. M. (1972). La depresión en los niños y en los adolescentes. En G. Caplan y S. Lebovici (Eds.), *Psicología social de la adolescencia* (D. R. Wagner, Trad.) (pp. 193-196). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1969)

Toro, J. (1995). Los trastornos oroalimentarios. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (Vol. 1) (pp. 429-454). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios.

Toro, J., Nicolau, R., Cervera, M., Castro, J., Blecua, M. J., Zaragoza, M., & Toro, A. (1995). A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa [CD-ROM]. *Eur-Child-Adolesc-Psychiatry*, 4, 165-174. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96109565

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Torres, M. L. y Crespo, J. M. (1997). Neuroendocrinología de la anorexia nerviosa. En V. J. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 92-98). Barcelona: Masson.

Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.

Turón, V., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 19, 9-15.

Vallejo, J. (1997). "Prólogo". En V. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pág. IX). Barcelona: Masson.

Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 163-166.

Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona : Martínez Roca.

Vandereycken, W., Kog, E., & Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. New York: PMA Publishing Corp.

Vandereycken, W., & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa*. Berlín, NY: Walter de

Gruyter.

Varela, M., Martini, A. M., Ponce, M. y Rubio, X. (1994). Anorexia nerviosa: Estudio clinico-fenomenológico de siete casos [CD-ROM]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 25-34. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 34-86368

Vidal, S. (1997). Factores socioculturales y relaciones interpersonales en la anorexia nerviosa. En V. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 80-91). Barcelona: Masson.

Viessleman, J. O., & Roig, M. (1985). Depression and suicidality in eating disorders [CD-ROM]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 118-124. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-06894

Viglione, D. J. (1995). Basic considerations regarding data analysis. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 195-226). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Viglione, D. J. (1997). Problems in Rorschach research and what to do about them. *Journal of Personality Assessment*, 68, 590-599.

Vize, C. M., & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study [CD-ROM]. *British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 96055761

Walsh, B. T., Gladis, M., & Roose, S. P. (1987). Food intake and mood in anorexia nervosa and bulimia [CD-ROM]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 231-238. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 78-13119

Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.

Warren, W. G., Jackson, C. C., Thornton, C., Russell, J., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. (1994). A study of the relation between eating disorder and death concern [CD-ROM]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 463-468. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 95200371

Weiner, I. B. (1991). Interscorer agreement in Rorschach research. *Journal of Personality Assessment*, 56, 1.

Weiner, I. B. (1993). Clinical considerations in the conjoint use of the Rorschach and the MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 60, 148-152.

Weiner, I. B. (1995). Searching for Rorschach theory: A wild goose chase. En V. Moita y A. Pires (Eds.). *Actas del XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos* (24-32). Lisboa: Proceedings Book.

Weiner, I. B. (1997a). Current status of the Rorschach inkblot method. *Journal of Personality Assessment*, 68, 5-19.

Weiner, I. B. (1997b). Speaking Rorschach: Our method stands tall. *Rorschachiana*, XXII, 1-12.

Weiner, I. B. (1998a, Agosto). *El Rorschach en la evaluación y planificación del tratamiento*. Seminario organizado por la Asociación Europea de Rorschach (ERA), Madrid.

Weiner, I. B. (1998b, Agosto). *Aplicaciones forenses del Rorschach*. Seminario organizado por la Asociación Europea de Rorschach (ERA), Madrid.

Weiner, I. B., & Del Gaudio, A. C. (1976). Psychopathology in adolescence: An epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 33, 187-193.

Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mother's and children's reports. *The Journal*

of Nervous and Mental Disease, 168, 736-740.

Welner, R.A., Welner, E. B., Fristad, M. A., Cantwell, M. L., & Preskorn, S. H. (1985). A comparison of the cortisone suppression index and the dexamethasone suppression test in prepubertal children. *American Journal of Psychiatry, 142, 11.*

Winokur, A., March, V., & Mendels, J. (1980). Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 137, 695-698.*

Winokur, G. (1991). *Mania and depression: A classification of syndrome and disease.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Wold, P. N. (1983). Anorexic syndromes and affective disorder [CD-ROM]. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 8, 116-119.* Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 71-20959

Wolman, B. B. (1972). *Manual of child psychopathology.* New York: McGraw-Hill.

Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., & Goodman, S. (1990). DSM III personality disorders in eating subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 9, 607-617.*

Woodside, B. D. (1995). A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Problems in Pediatric, 25, 67-89.*

Woodside, B. D., Field, L. L., Garfinkel, P. E., & Heinmaa, M. (1998). Specificity of eating disorders diagnoses in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry, 39, 261-264.*

Woolston, J. L. (1991). *Eating and growth disorders in infants and children.* Newbury Park, CA: SAGE.

Wortis, J. (1985). Irreversible starvation [CD-ROM]. *Biological Psychiatry, 20, 465-466.* Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 73-30484

Woznica, J. G. (1990). Delay of gratification in bulimic and restricting anorexia nervosa patients. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 706-713.

Yager, J., Hatton, C. A., & Ma, L. (1986). Anorexia nervosa in a woman totally blind since the age of two [CD-ROM]. *British Journal of Psychiatry, 149*, 506-509. Abstract from: SilverPlatter File: PsycLIT Item: 75-30207

Yates, A., Leehey, K., & Shisslak, C. M. (1983). Running an analogue of anorexia? [CD-ROM]. *New England Journal of Medicine, 308*, 251-255. Abstract from: SilverPlatter File: Medline Item: 83088837

Yellowlees, A. J. (1985). Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: A study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry, 146*, 648-652.

Yellowless, P. M., Roe, M., & Walker, M. (1988). Abnormal perception of food size in anorexia nervosa. *British Medical Journal, 296*, 1689-1690.

Zubin, J., Eron, L. D., & Schumer, F. (1965). *An experimental approach to projective techniques*. New York: Wiley & Sons.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE de MADRID

Facultad de Psicología

Dto. de Psicología Evolutiva y de la Educación

ANOREXIA y DEPRESIÓN

**Evaluación de personalidad en muestras
adolescentes. Apéndice**

TESIS DOCTORAL

AUTORA: M^a del Carmen García Alba

DIRECTORA: Elena García-Alcañiz Calvo

Enero 2000

1.- Carta/consentimiento.

Se reproduce, a continuación, el texto enviado a las familias de las adolescentes del grupo de control, para solicitar la colaboración de sus hijas en la investigación, con el fin de aportar todos los datos necesarios para una posible réplica de este estudio.

Leganés, 2 de Marzo, 1994

Estimados Sres.: Les comunicamos que se está llevando a cabo una Tesis Doctoral, en la Universidad Complutense de Madrid, con adolescentes.

Por considerarla de utilidad e interés, el Departamento de Orientación de este Instituto ha decidido prestar su colaboración, ofreciendo la posibilidad de que algunas de las niñas que así lo deseen participen en dicho estudio.

Solamente podrán ser seleccionadas para este fin aquellas adolescentes cuya edad esté comprendida entre 13-16 años y que no hayan acudido a consulta psicológica/psiquiátrica con anterioridad por presentar algún problema de Salud Mental.

Dicha participación consistirá en que les será realizado un estudio de personalidad en el propio Instituto, de forma totalmente gratuita. Los resultados se comentarán a los padres y a la alumna en una entrevista.

Rogamos que, si desean participar en este estudio, nos devuelvan esta hoja debidamente cumplimentada. Posteriormente, en caso de que su hija haya sido seleccionada, se les notificará la fecha en que se realizará el estudio, probablemente en el mes de Abril, una vez que hayan terminado los exámenes de esta evaluación.

Gracias por su colaboración. Atentamente.

CARMEN GARCIA ALBA.

NOMBRE _____

CURSO ACADÉMICO _____ ¿Ha repetido algún curso? _____ En caso afirmativo
especificar el curso repetido y el motivo _____

ACUDIÓ ANTES A CONSULTA PSICOLÓGICA _____ Mencione el problema por el que
consultó _____

Firma padre/madre/tutor.

Fecha: _____

2.- Resultados SPSS/PC+:

2.1. Análisis de varianza.

2.2. Ji-cuadrado.

2.3. Análisis discriminante.

Debido a la cantidad de variables analizadas, se opta por incluir en este apéndice únicamente el análisis discriminante, varianza y ji-cuadrado de aquellas variables que, finalmente, se mencionan en las Tablas, aunque han sido muchas más las variables analizadas. Se omite el análisis exploratorio de los datos, los cálculos de los estadísticos univariantes y algunos estadísticos como tamaño del efecto, potencia, media robusta, coeficiente de contingencia, etc., por considerar que su cálculo tiene menor interés y para reducir el volumen de los cálculos estadísticos aportados.

ANÁLISIS DE VARIANZA RORSCHACH

Page 30

Indice de Aislamiento

SPSS/PC+

2/12/97

This procedure was completed at 17:18:43

SET LISTING 'A:ONWAY1.RES'.

ONEWAY/VARIABLES ISOLATE BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS 6 1/ STATISTICS 1 3.

Page 31

SPSS/PC+

2/12/97

----- O N E W A Y -----

Variable ISOLATE
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0765	.0382	1.3432	.2642
Within Groups	147	4.1861	.0285		
Total	149	4.2626			

Page 32

SPSS/PC+

2/12/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	Standard 95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.3228	.1672	.0236	.2753 To .3703
DEPRESIV	50	.2694	.1800	.0255	.2182 To .3206
NORMAL	50	.3086	.1583	.0224	.2636 To .3536
Total	150	.3003	.1691	.0138	.2730 To .3276

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0500	.7000
DEPRESIV	.0000	.7000
NORMAL	.0600	.8100
Total	.0000	.8100

Page 33

SPSS/PC+

2/12/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3793, P = .598 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .405, P = .667
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.292

Page 34

SPSS/PC+

2/12/97



ONEWAY/VARIABLES L BY GRUPO (1,3)/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 53 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Variable L
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	4.7933	2.3967	1.1400	.3226
Within Groups	147	309.0522	2.1024		
Total	149	313.8455			

Page 54 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.8446	.8222	.1163	.6109 To 1.0783
DEPRESIV	50	1.2802	2.2129	.3130	.6513 To 1.9091
NORMAL	50	1.1010	.8568	.1212	.8575 To 1.3445
Total	150	1.0753	1.4513	.1185	.8411 To 1.3094

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	4.7500
DEPRESIV	.0800	15.0000
NORMAL	.2400	4.3300
Total	.0000	15.0000

Page 55 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .7764, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 32.608, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 7.244

Page 56 SPSS/PC+ 2/15/97

This procedure was completed at 21:34:13
NPAR TESTS K-W=L BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 57 SPSS/PC+ 2/15/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

L
by GRUPO

Mean Rank	Cases	
67.11	50	GRUPO = 1 ANOREXIA
74.12	50	GRUPO = 2 DEPRESIVA
85.27	50	GRUPO = 3 NORMAL

	150	Total

				Corrected for Ties		
CASES	Chi-Square	Significance	Chi-Square	Significance		
150	4.4437	.1084	4.4460	.1083		

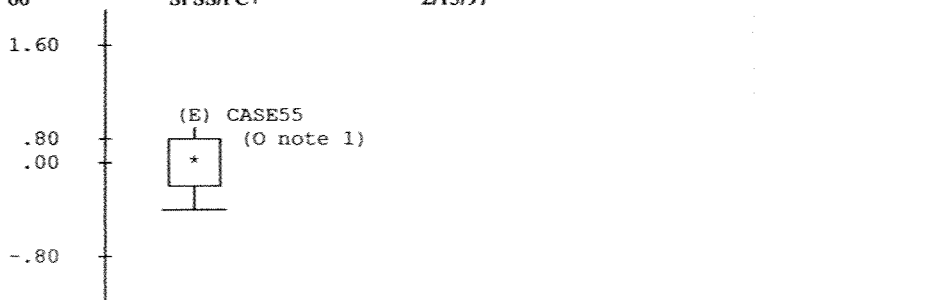
Page 58 SPSS/PC+ 2/15/97

This procedure was completed at 21:34:18
 COMPUTE L=L+.5.
 COMPUTE L=LG10(L).
 EXAMINE VARIABLES L BY GRUPO/PLOT=BOXPLOT.
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.

Page 59 SPSS/PC+ 2/15/97
 L

Valid cases:	150.0	Missing cases:	.0	Percent missing:	.0		
Mean	.1199	Std Err	.0188	Min	-.3010	Skewness	1.1516
Median	.0792	Variance	.0531	Max	1.1903	S E Skew	.1980
5% Trim	.1057	Std Dev	.2305	Range	1.4914	Kurtosis	2.5068
				IQR	.3010	S E Kurt	.3936

Page 60 SPSS/PC+ 2/15/97



Variables L

N of Cases 150.00

Symbol Key: * - Median (O) - Outlier (E) - Extreme

Page 61 SPSS/PC+ 2/15/97

Boxplot footnotes denote the following:

1) CASE49, CASE66

Page 62 SPSS/PC+ 2/15/97

L
 By GRUPO 1 ANOREXIA

Valid cases:	50.0	Missing cases:	.0	Percent missing:	.0		
Mean	.0732	Std Err	.0296	Min	-.3010	Skewness	.7456
Median	.0531	Variance	.0437	Max	.7202	S E Skew	.3366
5% Trim	.0639	Std Dev	.2091	Range	1.0212	Kurtosis	.7548
				IQR	.2660	S E Kurt	.6619

Page 63 SPSS/PC+ 2/15/97

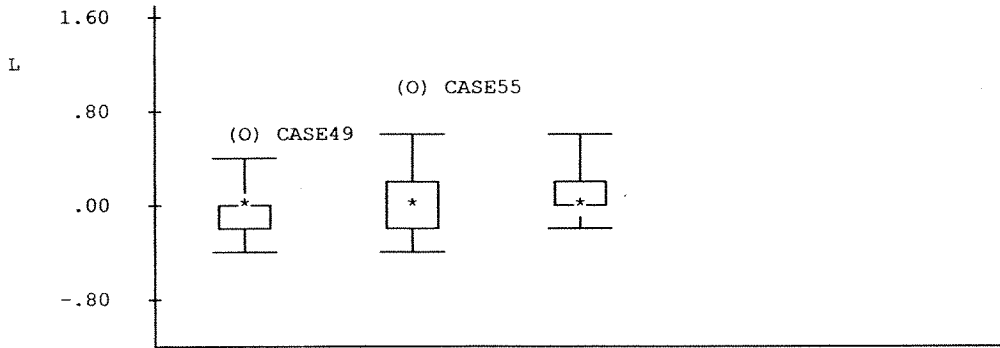
L
 By GRUPO 2 DEPRESIVA

Valid cases:	50.0	Missing cases:	.0	Percent missing:	.0		
Mean	.1300	Std Err	.0388	Min	-.2366	Skewness	1.5395
Median	.0719	Variance	.0753	Max	1.1903	S E Skew	.3366
5% Trim	.1066	Std Dev	.2744	Range	1.4269	Kurtosis	3.4563
				IQR	.3282	S E Kurt	.6619

L
By GRUPO 3 NORMAL

Valid cases: 50.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	.1565	Std Err	.0279	Min	-.1308	Skewness	.6623
Median	.1461	Variance	.0389	Max	.6839	S E Skew	.3366
5% Trim	.1460	Std Dev	.1972	Range	.8147	Kurtosis	-.0244
				IQR	.2883	S E Kurt	.6619



GRUPO	1	2	3
N of Cases	50.00	50.00	50.00
Symbol Key:	*	- Median	(O) - Outlier (E) - Extreme

This procedure was completed at 21:34:35
 ONEWAY/VARIABLES L BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

----- O N E W A Y -----

Variable L
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.1814	.0907	1.7237	.1820
Within Groups	147	7.7366	.0526		
Total	149	7.9180			

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.0732	.2091	.0296	.0137 To .1326
DEPRESIV	50	.1300	.2744	.0388	.0520 To .2079
NORMAL	50	.1565	.1972	.0279	.1005 To .2126
Total	150	.1199	.2305	.0188	.0827 To .1571

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.7202
DEPRESIV	-.2366	1.1903
NORMAL	-.1308	.6839
Total	-.3010	1.1903

Page 69

SPSS/PC+

2/15/97

 - - - - - O N E W A Y - - - - -

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4769, P = .018 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 3.166, P = .042
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.937

R = N° de Respuestas

ONEWAY/VARIABLES R BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 37 ----- SPSS/PC+ 2/12/97

----- O N E W A Y -----

Variable R
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	315.3733	157.6867	3.0834	.0488
Within Groups	147	7517.6200	51.1403		
Total	149	7832.9933			

Page 38 ----- SPSS/PC+ 2/12/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	22.4400	5.9115	.8360	20.7600 To 24.1200
DEPRESIV	50	21.5600	6.1051	.8634	19.8250 To 23.2950
NORMAL	50	24.9800	9.0113	1.2744	22.4190 To 27.5410
Total	150	22.9933	7.2505	.5920	21.8235 To 24.1631

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	14.0000	42.0000
DEPRESIV	14.0000	42.0000
NORMAL	14.0000	58.0000

Total 14.0000 58.0000

Page 39 ----- SPSS/PC+ 2/12/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5293, P = .001 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 5.700, P = .003
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.324

Page 40 ----- SPSS/PC+ 2/12/97

Variable R

This procedure was completed at 19:20:10
 NPAR TESTS K-W=R BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 49 ----- SPSS/PC+ 2/12/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

R
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
74.92	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
67.41	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
84.17	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	3.7339	.1546	3.7477	.1535

Page 50 SPSS/PC+ 2/12/97

This procedure was completed at 19:20:14

This procedure was completed at 18:45:11
 COMPUTE R=R+.5.
 COMPUTE R=LG10(R).
 EXAMINE VARIABLES=R BY GRUPO/PLOT=STEMLEAF BOXPLOT NPLOT.
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.

Page 296 SPSS/PC+ 2/12/97

R

Valid cases: 150.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

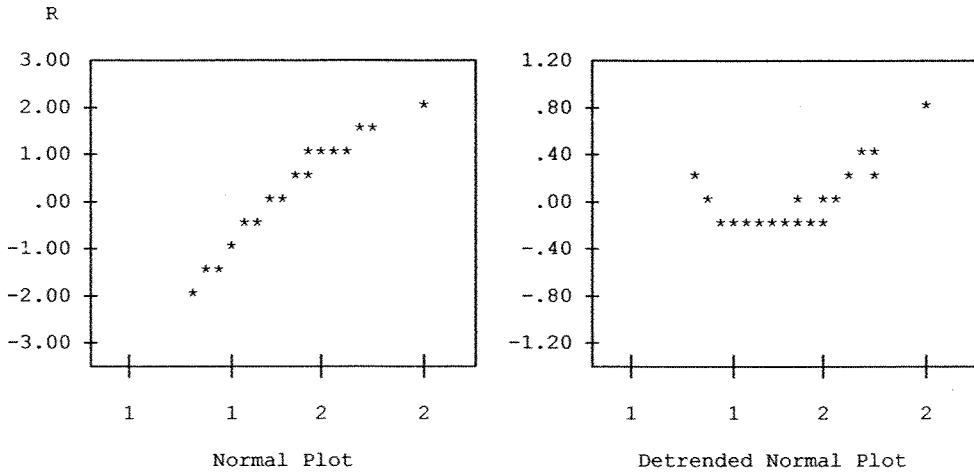
Mean	1.3533	Std Err	.0099	Min	1.1614	Skewness	.6254
Median	1.3522	Variance	.0146	Max	1.7672	S E Skew	.1980
5% Trim	1.3478	Std Dev	.1208	Range	.6058	Kurtosis	.2391
				IQR	.1722	S E Kurt	.3936

Page 297 SPSS/PC+ 2/12/97

R

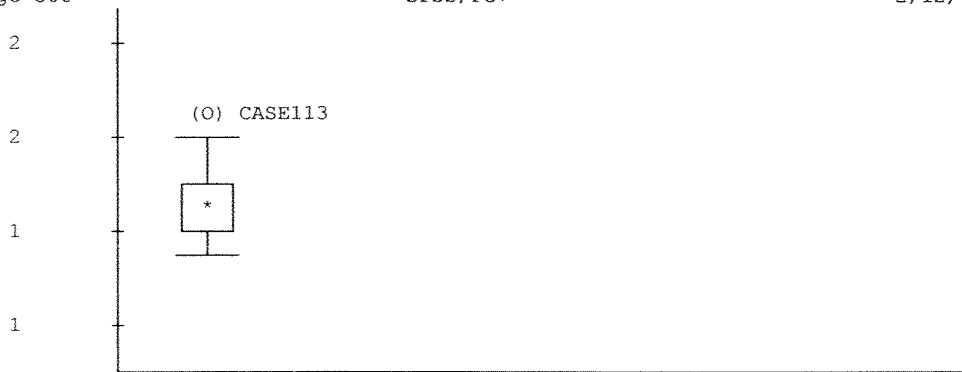
Frequency	Stem &	Leaf
14.00	11 .	66666669999999
42.00	12 .	1111111111144444444444666666699999999999999
44.00	13 .	111111111111133335555555555777777778888888
34.00	14 .	0000222222233333333333555555568899
8.00	15 .	11223669
7.00	16 .	0012222
1.00	Extremes	(2)

Stem width: 0
Each leaf: 1 case(s)



R

	Statistic	df	Significance
K-S (Lilliefors)	.0944	150	.0023



Variables R
 N of Cases 150.00

Symbol Key: * - Median (O) - Outlier (E) - Extreme

R
 By GRUPO 1 ANOREXIA

Valid cases: 50.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	1.3477	Std Err	.0148	Min	1.1614	Skewness	.4768
Median	1.3423	Variance	.0110	Max	1.6284	S E Skew	.3366
5% Trim	1.3437	Std Dev	.1048	Range	.4670	Kurtosis	.0539
				IQR	.1389	S E Kurt	.6619

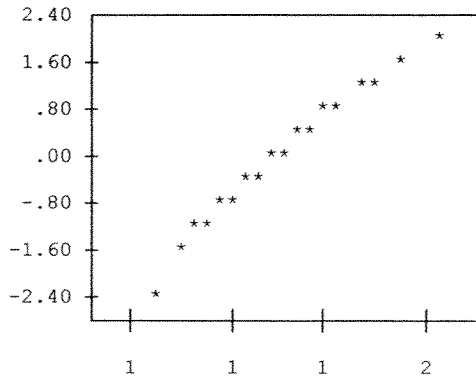
R
By GRUPO 1 ANOREXIA

Frequency Stem & Leaf
 4.00 11 . 6999
 6.00 12 * 111144
 6.00 12 . 669999
 9.00 13 * 111111133
 11.00 13 . 5555777788
 5.00 14 * 22223
 5.00 14 . 55559
 1.00 15 * 1
 2.00 15 . 66
 1.00 Extremes (2)

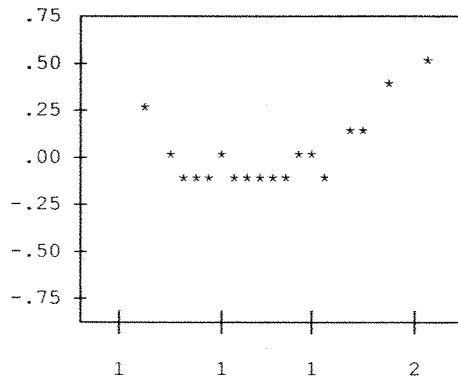
Stem width: 0
 Each leaf: 1 case(s)

Page 303 SPSS/PC+ 2/12/97

R
By GRUPO 1 ANOREXIA



Normal Plot



Detrended Normal Plot

Page 304 SPSS/PC+ 2/12/97

	Statistic	df	Significance
Shapiro-Wilks	.9676	50	.3657
K-S (Lilliefors)	.0943	50	> .2000

Page 305 SPSS/PC+ 2/12/97

R
By GRUPO 2 DEPRESIVA

Valid cases: 50.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	1.3291	Std Err	.0157	Min	1.1614	Skewness	.5791
Median	1.3118	Variance	.0123	Max	1.6284	S E Skew	.3366
5% Trim	1.3238	Std Dev	.1108	Range	.4670	Kurtosis	.0855
				IQR	.1546	S E Kurt	.6619

Page 306 SPSS/PC+ 2/12/97

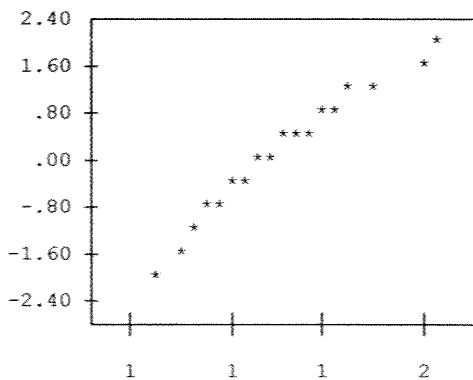
R
By GRUPO 2 DEPRESIVA

Frequency Stem & Leaf
 6.00 11 . 666699
 10.00 12 * 1114444444
 6.00 12 . 699999
 6.00 13 * 111113
 10.00 13 . 5555777788
 5.00 14 * 23333
 4.00 14 . 5588
 1.00 15 * 1
 1.00 15 . 9
 1.00 Extremes (2)

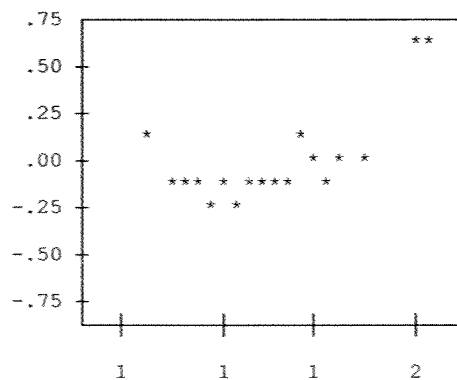
Stem width: 0
 Each leaf: 1 case(s)

Page 307 SPSS/PC+ 2/12/97

R
By GRUPO 2 DEPRESIVA



Normal Plot



Detrended Normal Plot

Page 308 SPSS/PC+ 2/12/97

	Statistic	df	Significance
Shapiro-Wilks	.9533	50	.0892
K-S (Lilliefors)	.1022	50	> .2000

Page 309 SPSS/PC+ 2/12/97

R
By GRUPO 3 NORMAL

Valid cases: 50.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	1.3830	Std Err	.0198	Min	1.1614	Skewness	.5085
Median	1.3892	Variance	.0196	Max	1.7672	S E Skew	.3366
5% Trim	1.3782	Std Dev	.1400	Range	.6058	Kurtosis	-.1153
				IQR	.1877	S E Kurt	.6619

Page 310 SPSS/PC+ 2/12/97

R
By GRUPO 3 NORMAL

Frequency Stem & Leaf
 4.00 11 . 6699
 14.00 12 . 11114466669999
 8.00 13 . 13555888
 15.00 14 . 000022333335569
 3.00 15 . 223
 5.00 16 . 00122
 1.00 Extremes (2)

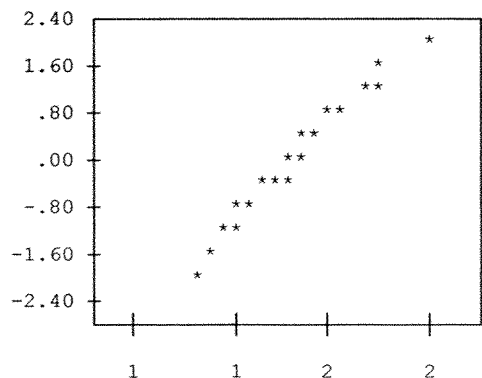
Stem width: 0
 Each leaf: 1 case(s)

Page 311

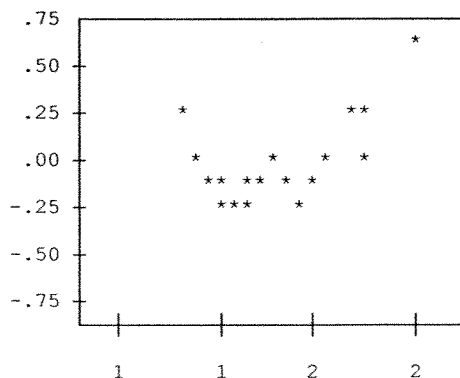
SPSS/PC+

2/12/97

R
By GRUPO 3 NORMAL



Normal Plot



Detrended Normal Plot

Page 312

SPSS/PC+

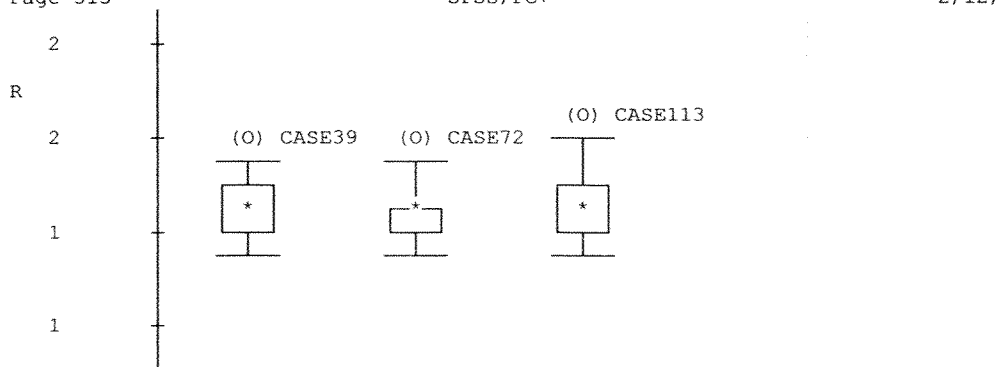
2/12/97

	Statistic	df	Significance
Shapiro-Wilks	.9559	50	.1198
K-S (Lilliefors)	.1065	50	> .2000

Page 313

SPSS/PC+

2/12/97



GRUPO	1	2	3
N of Cases	50.00	50.00	50.00

Symbol Key: * - Median (O) - Outlier (E) - Extreme

This procedure was completed at 18:45:44

ONEWAY/VARIABLES R BY GRUPO (1,3) /RANGES TUKEY/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 315

SPSS/PC+

2/12/97

----- O N E W A Y -----

Variable R
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0748	.0374	2.6174	.0764
Within Groups	147	2.1008	.0143		
Total	149	2.1756			

Page 316

SPSS/PC+

2/12/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	1.3477	.1048	.0148	1.3180 To	1.3775
DEPRESIV	50	1.3291	.1108	.0157	1.2976 To	1.3606
NORMAL	50	1.3830	.1400	.0198	1.3432 To	1.4228
Total	150	1.3533	.1208	.0099	1.3338 To	1.3728

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.1614	1.6284
DEPRESIV	1.1614	1.6284
NORMAL	1.1614	1.7672

Total 1.1614 1.7672

Page 317

SPSS/PC+

2/12/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4574, P = .044 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.391, P = .092
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.785

Page 318

SPSS/PC+

2/12/97

----- O N E W A Y -----

Variable R
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.0845 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$
 No two groups are significantly different at the .050 level

Indice de Egocentrismo: 3r+(2)/R

ONEWAY/VARIABLES EGOC BY GRUPO (1,3)/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 13

SPSS/PC+

2/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable EGOC
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.2121	.1061	2.3971	.0945
Within Groups	147	6.5036	.0442		
Total	149	6.7157			

Page 14

SPSS/PC+

2/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.3838	.2266	.0320	.3194 To .4482
DEPRESIV	50	.2930	.1912	.0270	.2386 To .3474
NORMAL	50	.3518	.2117	.0299	.2916 To .4120
Total	150	.3429	.2123	.0173	.3086 To .3771

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	1.1800
DEPRESIV	.0000	.9100
NORMAL	.0500	1.2700
Total	.0000	1.2700

Page 15

SPSS/PC+

2/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3868, P = .495 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .697, P = .498
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.404

Page 16

SPSS/PC+

2/14/97

This procedure was completed at 21:03:44

Page 17

SPSS/PC+

2/14/97

FINISH

Afr: Proporción afectiva

ONEWAY/VARIABLES Afr BY GRUPO (1,3)/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 120 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Variable AFR
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0117	.0059	.1906	.8267
Within Groups	147	4.5310	.0308		
Total	149	4.5427			

Page 121 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.4600	.1516	.0214	.4169 To .5031
DEPRESIV	50	.4816	.2112	.0299	.4216 To .5416
NORMAL	50	.4724	.1577	.0223	.4276 To .5172
Total	150	.4713	.1746	.0143	.4432 To .4995

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.2100	.8700
DEPRESIV	.2100	1.2900
NORMAL	.1800	.8000
Total	.1800	1.2900

Page 122 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4824, P = .014 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 3.352, P = .035
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.940

Page 123 SPSS/PC+ 2/15/97

This procedure was completed at 21:47:34
 NPAR TESTS K-W=Afr BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 124 SPSS/PC+ 2/15/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

Afr
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
74.11	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
73.33	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
79.06	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	.5116	.7743	.5125	.7739

Page 125 SPSS/PC+ 2/15/97

This procedure was completed at 21:47:37
 COMPUTE Afr=Afr+.5.
 COMPUTE Afr=LG10(Afr).
 EXAMINE VARIABLES Afr BY GRUPO/PLOT=BOXPLOT.
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.

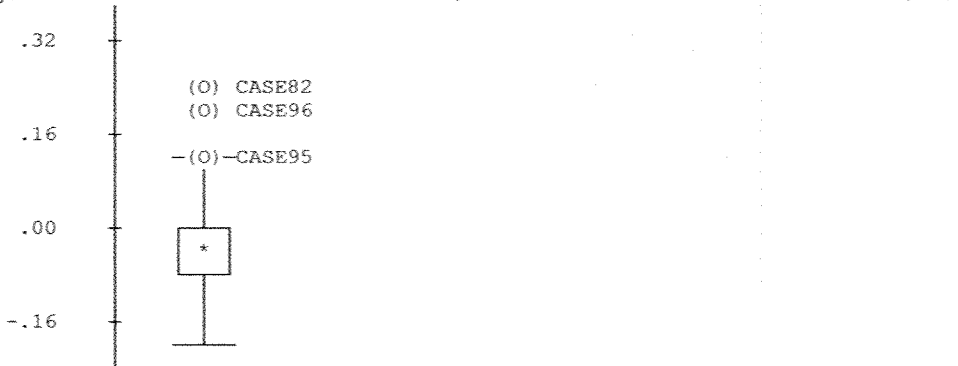
Page 126 SPSS/PC+ 2/15/97

AFR

Valid cases: 150.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	-.0190	Std Err	.0060	Min	-.1675	Skewness	.6124
Median	-.0246	Variance	.0054	Max	.2529	S E Skew	.1980
5% Trim	-.0213	Std Dev	.0733	Range	.4203	Kurtosis	.9654
				IQR	.0877	S E Kurt	.3936

Page 127 SPSS/PC+ 2/15/97



Variables AFR
 N of Cases 150.00

Symbol Key: * - Median (O) - Outlier (E) - Extreme

Page 128 SPSS/PC+ 2/15/97

AFR
 By GRUPO 1 ANOREXIA

Valid cases: 50.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	-.0228	Std Err	.0094	Min	-.1487	Skewness	.3890
Median	-.0269	Variance	.0044	Max	.1367	S E Skew	.3366
5% Trim	-.0245	Std Dev	.0664	Range	.2855	Kurtosis	.0100
				IQR	.0865	S E Kurt	.6619

Page 129 SPSS/PC+ 2/15/97

AFR
 By GRUPO 2 DEPRESIVA

Valid cases: 50.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	-.0163	Std Err	.0117	Min	-.1487	Skewness	1.2337
Median	-.0315	Variance	.0068	Max	.2529	S E Skew	.3366
5% Trim	-.0225	Std Dev	.0824	Range	.4016	Kurtosis	2.0031
				IQR	.0881	S E Kurt	.6619

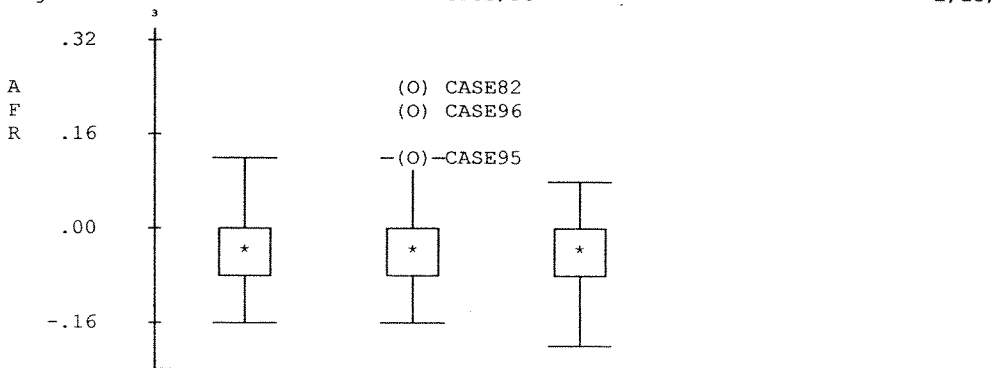
Page 130 SPSS/PC+ 2/15/97

AFR
By GRUPO 3 NORMAL

Valid cases: 50.0 Missing cases: .0 Percent missing: .0

Mean	-.0178	Std Err	.0101	Min	-.1675	Skewness	-.2052
Median	-.0155	Variance	.0051	Max	.1139	S E Skew	.3366
5% Trim	-.0166	Std Dev	.0714	Range	.2814	Kurtosis	-.3296
				IQR	.1009	S E Kurt	.6619

Page 131 SPSS/PC+ 2/15/97



GRUPO	1	2	3
N of Cases	50.00	50.00	50.00

Symbol Key: * - Median (O) - Outlier (E) - Extreme

Page 132 SPSS/PC+ 2/15/97

This procedure was completed at 21:47:47
 ONEWAY/VARIABLES Afr BY GRUPO (1,3)/ranges snk/ranges tukey/ranges scheffe/
 options 6 1/statistics 1 3.

Page 133 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Variable AFR
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0011	.0006	.1051	.9003
Within Groups	147	.7985	.0054		
Total	149	.7997			

Page 134 SPSS/PC+ 2/15/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
ANOREXIA	50	-.0228	.0664	.0094	-.0417	To	-.0039
DEPRESIV	50	-.0163	.0824	.0117	-.0398	To	.0071
NORMAL	50	-.0178	.0714	.0101	-.0381	To	.0024
Total	150	-.0190	.0733	.0060	-.0308	To	-.0072

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.1487	.1367
DEPRESIV	-.1487	.2529
NORMAL	-.1675	.1139
Total	-.1675	.2529

Page 135

SPSS/PC+

2/15/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4170, P = .203 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.200, P = .301
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.541

Page 136

SPSS/PC+

2/15/97

W = Respuestas globales

ONEWAY /VARIABLES W BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 109 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable W
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	97.3333	48.6667	1.7988	.1691
Within Groups	147	3977.0400	27.0547		
Total	149	4074.3733			

Page 110 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	11.8800	5.2514	.7427	10.3876 To 13.3724
DEPRESIV	50	10.2800	4.9075	.6940	8.8853 To 11.6747
NORMAL	50	12.0800	5.4317	.7682	10.5363 To 13.6237
Total	150	11.4133	5.2292	.4270	10.5696 To 12.2570

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	3.0000	24.0000
DEPRESIV	.0000	22.0000
NORMAL	2.0000	29.0000
Total	.0000	29.0000

Page 111 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3635, P = .856 (Approx.)
Bartlett-Box F = .256, P = .774
Maximum Variance / Minimum Variance 1.225

Page 112 SPSS/PC+ 4/14/97

D = Respuestas de detalle

ONEWAY /VARIABLES D BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 121 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable D
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	50.0800	25.0400	1.0131	.3656
Within Groups	147	3633.2800	24.7162		
Total	149	3683.3600			

Page 122 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	7.1200	4.4154	.6244	5.8652 To 8.3748
DEPRESIV	50	7.6400	5.2089	.7367	6.1596 To 9.1204
NORMAL	50	8.5200	5.2460	.7419	7.0291 To 10.0109
Total	150	7.7600	4.9720	.4060	6.9578 To 8.5622

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	22.0000
DEPRESIV	.0000	23.0000
NORMAL	1.0000	23.0000
Total	.0000	23.0000

Page 123 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3711, P = .725 (Approx.)
Bartlett-Box F = .887, P = .412
Maximum Variance / Minimum Variance 1.412

Page 124 SPSS/PC+ 4/14/97

Dd = Respuestas de detalle inusual

ONEWAY /VARIABLES DD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 133 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable DD
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	24.8933	12.4467	.7900	.4557
Within Groups	147	2315.8800	15.7543		
Total	149	2340.7733			

Page 134 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	3.4400	4.0515	.5730	2.2886 To 4.5914
DEPRESIV	50	3.6200	2.9616	.4188	2.7783 To 4.4617
NORMAL	50	4.3800	4.6986	.6645	3.0447 To 5.7153
Total	150	3.8133	3.9636	.3236	3.1738 To 4.4528

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	26.0000
DEPRESIV	.0000	14.0000
NORMAL	.0000	32.0000
Total	.0000	32.0000

Page 135 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4671, P = .028 (Approx.)
Bartlett-Box F = 5.031, P = .007
Maximum Variance / Minimum Variance 2.517

Page 136 SPSS/PC+ 4/14/97

NPAR TESTS K-W=DD BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 145 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

DD
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
67.69	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
75.24	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
83.57	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	3.3427	.1880	3.4071	.1820

Page 146 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 18:02:23
 COMPUTE DD=DD+.5.
 COMPUTE DD=LG10(DD).
 ONEWAY/VARIABLES DD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 147 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable DD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.4674	.2337	1.8987	.1534
Within Groups	147	18.0947	.1231		
Total	149	18.5621			

Page 148 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	.4395	.3825	.0541	.3308 To	.5482
DEPRESIV	50	.4952	.3525	.0498	.3950 To	.5954
NORMAL	50	.5755	.3143	.0444	.4862 To	.6648
Total	150	.5034	.3530	.0288	.4464 To	.5603

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	1.4232
DEPRESIV	-.3010	1.1614
NORMAL	-.3010	1.5119
Total	-.3010	1.5119

Page 149 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3961, P = .384 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .933, P = .394
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.481

DQ+ = Respuestas de síntesis

ONEWAY /VARIABLES DQSUP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 159 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQSUP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	49.3333	24.6667	1.9595	.1446
Within Groups	147	1850.4600	12.5882		
Total	149	1899.7933			

Page 160 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	6.4600	4.0618	.5744	5.3056 To 7.6144
DEPRESIV	50	5.0600	3.1520	.4458	4.1642 To 5.9558
NORMAL	50	5.6600	3.3662	.4760	4.7033 To 6.6167
Total	150	5.7267	3.5708	.2916	5.1506 To 6.3028

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	21.0000
DEPRESIV	.0000	13.0000
NORMAL	.0000	14.0000
Total	.0000	21.0000

Page 161 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4369, P = .100 (Approx.)
Bartlett-Box F = 1.733, P = .177
Maximum Variance / Minimum Variance 1.661

Page 162 SPSS/PC+ 4/14/97

DQv = Respuestas vagas

ONEWAY/VARIABLES DQV BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 3 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	25.2933	12.6467	5.3761	.0056
Within Groups	147	345.8000	2.3524		
Total	149	371.0933			

Page 4 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.9800	1.0971	.1552	.6682 To 1.2918
DEPRESIV	50	1.2000	1.2778	.1807	.8369 To 1.5631
NORMAL	50	1.9400	2.0545	.2905	1.3561 To 2.5239
Total	150	1.3733	1.5782	.1289	1.1187 To 1.6280

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	4.0000
DEPRESIV	.0000	5.0000
NORMAL	.0000	8.0000
Total	.0000	8.0000

Page 5 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5981, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 10.947, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 3.507

Page 6 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $1.0845 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 7 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
 (Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
.9800	ANOREXIA	
1.2000	DEPRESIV	
1.9400	NORMAL	* *

Page 8 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	.9800	1.2000

SUBSET 2

Group	NORMAL
Mean	1.9400

Page 9 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:03:32
 NPAR K-W=DQV BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 10 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

DQV
 by GRUPO

Mean Rank	Cases	
66.54	50	GRUPO = 1 ANOREXIA
73.09	50	GRUPO = 2 DEPRESIVA
86.87	50	GRUPO = 3 NORMAL

	150	Total

				Corrected for Ties	
CASES	Chi-Square	Significance	Chi-Square	Significance	
150	5.7051	.0577	6.1908	.0453	

Page 11 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:03:34
 COMPUTE DQV=DQV+.5.
 COMPUTE DQV=LG10(DQV).
 ONEWAY/VARIABLES DQV BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 12 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.8601	.4301	3.5236	.0320
Within Groups	147	17.9418	.1221		
Total	149	18.8020			

Page 13 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.0524	.3280	.0464	-.0408 To .1456
DEPRESIV	50	.1109	.3337	.0472	.0161 To .2058
NORMAL	50	.2341	.3837	.0543	.1250 To .3431
Total	150	.1324	.3552	.0290	.0751 To .1898

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.6532
DEPRESIV	-.3010	.7404
NORMAL	-.3010	.9294
Total	-.3010	.9294

Page 14 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4021, P = .323 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .740, P = .477
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.369

Page 15 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2470 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 16 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
 (Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
.0524	ANOREXIA	
.1109	DEPRESIV	
.2341	NORMAL	*

 Page 17 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	.0524	.1109

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.1109	.2341

 Page 18 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.

The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2470 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
(Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
.0524	ANOREXIA	
.1109	DEPRESIV	
.2341	NORMAL	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	.0524	.1109

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.1109	.2341

----- O N E W A Y -----

Variable DQV
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2470 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Variable DQV
(Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
.0524	ANOREXIA	
.1109	DEPRESIV	
.2341	NORMAL	*

Page 23 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	.0524	.1109

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.1109	.2341

Page 24 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:04:00

Page 25 SPSS/PC+ 2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:ROALL.SYS
 The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 125 variables (including system variables).
 125 variables will be used in this session.

Page 26 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:06:20
SET LISTING 'A:ONWAY8.RES'.

Zf = N° respuestas con puntuación Z

ONEWAY /VARIABLES ZF BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 97 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZF
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	112.9733	56.4867	1.8743	.1571
Within Groups	147	4430.2000	30.1374		
Total	149	4543.1733			

Page 98 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	14.8000	5.0508	.7143	13.3646 To 16.2354
DEPRESIV	50	13.3800	4.8356	.6839	12.0057 To 14.7543
NORMAL	50	15.4600	6.4435	.9112	13.6288 To 17.2912
Total	150	14.5467	5.5219	.4509	13.6558 To 15.4376

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	5.0000	29.0000
DEPRESIV	1.0000	23.0000
NORMAL	2.0000	34.0000
Total	1.0000	34.0000

Page 99 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4592, P = .040 (Approx.)
Bartlett-Box F = 2.430, P = .088
Maximum Variance / Minimum Variance 1.776

Page 100 SPSS/PC+ 4/14/97

Zd = Estilo de procesamiento

Page 614

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZD
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	235.0633	117.5317	4.7463	.0101
Within Groups	147	3640.1450	24.7629		
Total	149	3875.2083			

Page 615

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.1600	5.3054	.7503	-1.6678 To 1.3478
DEPRESIV	50	.3400	5.0269	.7109	-1.0886 To 1.7686
NORMAL	50	-2.5300	4.5685	.6461	-3.8284 To -1.2316
Total	150	-.7833	5.0998	.4164	-1.6061 To .0395

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-10.5000	14.5000
DEPRESIV	-11.0000	10.5000
NORMAL	-10.5000	7.5000
Total	-11.0000	14.5000

Page 616

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3789, P = .604 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .548, P = .578
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.349

Page 617

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $3.5187 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 618 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZD
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
-2.5300	NORMAL	
-.1600	ANOREXIA	*
.3400	DEPRESIV	*

Page 619 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	-2.5300

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.1600	.3400

Page 620 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $3.5187 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 621 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZD
(Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
-2.5300	NORMAL	
-.1600	ANOREXIA	*
.3400	DEPRESIV	*

Page 622

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	-2.5300

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.1600	.3400

Page 623

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with $\text{Mean}(J) - \text{Mean}(I)$ is..
 $3.5187 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 624

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ZD
(Continued)

		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
Mean	Group	
-2.5300	NORMAL	
-.1600	ANOREXIA	
.3400	DEPRESIV	*

Page 625 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-2.5300	-.1600

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.1600	.3400

Page 626 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 16:41:15

Page 627 SPSS/PC+ 2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:ROALL.SYS
 The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 125 variables (including system variables).
 125 variables will be used in this session.

Page 628 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 16:59:51
 SET LISTING 'A:ONWAY8.RES'.

PSV = Perseveración

ONEWAY /VARIABLES PSV BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 171 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable PSV
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1.0133	.5067	1.0643	.3476
Within Groups	147	69.9800	.4761		
Total	149	70.9933			

Page 172 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	.3400	.7174	.1015	.1361 To	.5439
DEPRESIV	50	.4200	.8104	.1146	.1897 To	.6503
NORMAL	50	.2200	.5067	.0717	.0760 To	.3640
Total	150	.3267	.6903	.0564	.2153 To	.4380

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	4.0000
DEPRESIV	.0000	3.0000
NORMAL	.0000	2.0000
Total	.0000	4.0000

Page 173 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4598, P = .039 (Approx.)
Bartlett-Box F = 5.287, P = .005
Maximum Variance / Minimum Variance 2.558

Page 174 SPSS/PC+ 4/14/97

NPAR TESTS K-W=PSV BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 183 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

PSV
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
76.71	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
78.87	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
70.92	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	.8953	.6391	1.6145	.4461

Page 184 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 18:11:14
COMPUTE PSV=PSV+.5.
COMPUTE PSV=LG10(PSV).
ONEWAY/VARIABLES PSV BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 185 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable PSV
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.1105	.0553	.9339	.3953
Within Groups	147	8.6981	.0592		
Total	149	8.8086			

Page 186 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	-.1630	.2454	.0347	-.2327 To	-.0933
DEPRESIV	50	-.1409	.2720	.0385	-.2182 To	-.0636
NORMAL	50	-.2063	.2081	.0294	-.2654 To	-.1471
Total	150	-.1701	.2431	.0199	-.2093 To	-.1308

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.6532
DEPRESIV	-.3010	.5441
NORMAL	-.3010	.3979
Total	-.3010	.6532

Page 187 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variations) = .4169, P = .203 (Approx.)
Bartlett-Box F = 1.728, P = .178
Maximum Variance / Minimum Variance 1.709

Populares

ONEWAY /VARIABLES POP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 197 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable POP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	7.4533	3.7267	1.2307	.2951
Within Groups	147	445.1400	3.0282		
Total	149	452.5933			

Page 198 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	5.0600	1.5308	.2165	4.6250 To	5.4950
DEPRESIV	50	4.5600	2.1108	.2985	3.9601 To	5.1599
NORMAL	50	5.0000	1.5119	.2138	4.5703 To	5.4297
Total	150	4.8733	1.7429	.1423	4.5921 To	5.1545

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	2.0000	9.0000
DEPRESIV	1.0000	10.0000
NORMAL	1.0000	8.0000
Total	1.0000	10.0000

Page 199 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4905, P = .009 (Approx.)
Bartlett-Box F = 3.679, P = .025
Maximum Variance / Minimum Variance 1.949

Page 200 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

NPAR TESTS K-W.

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 70 SPSS/PC+ 11/17/99

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

POP
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
80.65	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
66.22	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
79.63	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	3.4357	.1795	3.5479	.1697

Page 71 SPSS/PC+ 11/17/99

This procedure was completed at 19:37:19
 COMPUTE POP=POP+.5.
 COMPUTE POP=LG10 (POP).
 ONEWAY/VARIABLES POP BY GRUPO (1,3)
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 /RANGES TUKEY/RANGES SNK/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 72 SPSS/PC+ 11/17/99

----- O N E W A Y -----

Variable POP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.1268	.0634	2.5464	.0818
Within Groups	147	3.6592	.0249		
Total	149	3.7860			

Page 73 SPSS/PC+ 11/17/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.7280	.1256	.0178	.6923 To .7637
DEPRESIV	50	.6632	.1993	.0282	.6066 To .7199
NORMAL	50	.7213	.1384	.0196	.6820 To .7606
Total	150	.7042	.1594	.0130	.6785 To .7299

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.3979	.9777
DEPRESIV	.1761	1.0212
NORMAL	.1761	.9294
Total	.1761	1.0212

Page 74 SPSS/PC+ 11/17/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances
 Cochran's C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .5321, P = .001 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 6.067, P = .002
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.518



ONEWAY /VARIABLES XMAS BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 223

SPSS/PC+

4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable XMAS
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0722	.0361	2.0563	.1316
Within Groups	147	2.5794	.0175		
Total	149	2.6515			

Page 224

SPSS/PC+

4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.4542	.1333	.0189	.4163 To .4921
DEPRESIV	50	.4014	.1370	.0194	.3625 To .4403
NORMAL	50	.4364	.1269	.0180	.4003 To .4725
Total	150	.4307	.1334	.0109	.4091 To .4522

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.1300	.7900
DEPRESIV	.0700	.7400
NORMAL	.1900	.7100
Total	.0700	.7900

Page 225

SPSS/PC+

4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3564, P = .989 (Approx.)
Bartlett-Box F = .143, P = .867
Maximum Variance / Minimum Variance 1.164

Page 226

SPSS/PC+

4/14/97

FQxo = Respuestas de calidad formal ordinaria

ONEWAY/VARIABLES FQxo ADJD ZD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/ RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 590 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FQXO
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	87.3733	43.6867	5.2037	.0066
Within Groups	147	1234.1000	8.3952		
Total	149	1321.4733			

Page 591 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	9.7600	2.8397	.4016	8.9530 To	10.5670
DEPRESIV	50	8.4800	3.1183	.4410	7.5938 To	9.3662
NORMAL	50	10.3000	2.7199	.3847	9.5270 To	11.0730
Total	150	9.5133	2.9781	.2432	9.0328 To	9.9938

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	2.0000	18.0000
DEPRESIV	1.0000	18.0000
NORMAL	3.0000	16.0000
Total	1.0000	18.0000

Page 592 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3861, P = .504 (Approx.)
Bartlett-Box F = .481, P = .618
Maximum Variance / Minimum Variance 1.314

Page 593 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FQXO
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.

The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.0488 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 594 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FQXO
 (Continued)

Mean	Group	D A N E N O P O R R R M E E A S X L I I V A
8.4800	DEPRESIV	
9.7600	ANOREXIA	*
10.3000	NORMAL	*

 Page 595 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV
Mean	8.4800

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	NORMAL
Mean	9.7600	10.3000

 Page 596 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FQXO
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.0488 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 597 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FQXO
(Continued)

Mean	Group	D A N E N O P O R R R M E E A S X L I I V A
8.4800	DEPRESIV	
9.7600	ANOREXIA	
10.3000	NORMAL	*

Page 598 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	8.4800	9.7600

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	NORMAL
Mean	9.7600	10.3000

Page 599 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FQXO
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -
3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.0488 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 600 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FQXO
(Continued)

		D A N
		E N O
		P O R
		R R M
		E E A
		S X L
		I I
Mean	Group	V A
8.4800	DEPRESIV	
9.7600	ANOREXIA	
10.3000	NORMAL	*

Page 601

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	8.4800	9.7600

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	NORMAL
Mean	9.7600	10.3000

Page 602

SPSS/PC+

2/19/97



ONEWAY /VARIABLES FMAS BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 235 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable FMAS
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0372	.0186	.3636	.6958
Within Groups	147	7.5303	.0512		
Total	149	7.5676			

Page 236 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.4376	.2553	.0361	.3651 To .5101
DEPRESIV	50	.4018	.2388	.0338	.3339 To .4697
NORMAL	50	.4322	.1775	.0251	.3818 To .4826
Total	150	.4239	.2254	.0184	.3875 To .4602

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	1.0000
DEPRESIV	.0000	1.0000
NORMAL	.0000	.7500
Total	.0000	1.0000

Page 237 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4240, P = .160 (Approx.)
Bartlett-Box F = 3.361, P = .035
Maximum Variance / Minimum Variance 2.068

Page 238 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

NPAR TESTS K-W=FMAS BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 247 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

FMAS
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
77.81	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
70.40	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
78.29	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	1.0366	.5955	1.0389	.5948

Page 248 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 18:24:25
COMPUTE FMAS=FMAS+.5.
COMPUTE FMAS=LG10(FMAS).
ONEWAY/VARIABLES FMAS BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 249 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable FMAS
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0119	.0060	.4854	.6164
Within Groups	147	1.8063	.0123		
Total	149	1.8182			

Page 250 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.0448	.1245	.0176	-.0801 To -.0094
DEPRESIV	50	-.0600	.1169	.0165	-.0932 To -.0268
NORMAL	50	-.0388	.0878	.0124	-.0637 To -.0138
Total	150	-.0478	.1105	.0090	-.0657 To -.0300

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.1761
DEPRESIV	-.3010	.1761
NORMAL	-.3010	.0969
Total	-.3010	.1761

Page 251 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4203, P = .181 (Approx.)
Bartlett-Box F = 3.114, P = .045
Maximum Variance / Minimum Variance 2.009

Page 252 SPSS/PC+ 4/14/97



ONEWAY /VARIABLES XMENOS BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 261 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable XMENOS
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0081	.0041	.2824	.7544
Within Groups	147	2.1156	.0144		
Total	149	2.1237			

Page 262 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	.2346	.1192	.0169	.2007 To	.2685
DEPRESIV	50	.2512	.1388	.0196	.2118 To	.2906
NORMAL	50	.2490	.0985	.0139	.2210 To	.2770
Total	150	.2449	.1194	.0097	.2257 To	.2642

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	.5000
DEPRESIV	.0000	.7300
NORMAL	.0400	.4700
Total	.0000	.7300

Page 263 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4463, P = .069 (Approx.)
Bartlett-Box F = 2.812, P = .060
Maximum Variance / Minimum Variance 1.987

Page 264 SPSS/PC+ 4/14/97



ONEWAY /VARIABLES SNEG BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 278 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable SNEG
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0648	.0324	.6986	.4989
Within Groups	147	6.8204	.0464		
Total	149	6.8852			

Page 279 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.2068	.2084	.0295	.1476 To .2660
DEPRESIV	50	.2508	.2419	.0342	.1821 To .3195
NORMAL	50	.2066	.1930	.0273	.1517 To .2615
Total	150	.2214	.2150	.0176	.1867 To .2561

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	.6700
DEPRESIV	.0000	1.0000
NORMAL	.0000	.6700
Total	.0000	1.0000

Page 280 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4203, P = .181 (Approx.)
Bartlett-Box F = 1.300, P = .273
Maximum Variance / Minimum Variance 1.570

Page 281 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----



ONEWAY /VARIABLES XU BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 290 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable XU
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0359	.0180	1.2344	.2940
Within Groups	147	2.1395	.0146		
Total	149	2.1754			

Page 291 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.3014	.1212	.0171	.2670 To .3358
DEPRESIV	50	.3324	.1200	.0170	.2983 To .3665
NORMAL	50	.2980	.1208	.0171	.2637 To .3323
Total	150	.3106	.1208	.0099	.2911 To .3301

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	.5500
DEPRESIV	.0500	.6000
NORMAL	.0000	.6300
Total	.0000	.6300

Page 292 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3363, P = 1.000 (Approx.)
Bartlett-Box F = .003, P = .997
Maximum Variance / Minimum Variance 1.020

Page 293 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

M = Respuestas de movimiento humano

ONEWAY/VARIABLES M BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 106 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable M
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	81.7600	40.8800	4.8985	.0087
Within Groups	147	1226.7800	8.3454		
Total	149	1308.5400			

Page 107 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	4.4600	3.8820	.5490	3.3568 To 5.5632
DEPRESIV	50	2.9800	2.4701	.3493	2.2780 To 3.6820
NORMAL	50	2.8200	1.9659	.2780	2.2613 To 3.3787
Total	150	3.4200	2.9635	.2420	2.9419 To 3.8981

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	20.0000
DEPRESIV	.0000	11.0000
NORMAL	.0000	9.0000
Total	.0000	20.0000

Page 108 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .6019, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 11.950, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 3.899

NPAR K-W=M BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 113 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

M
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
89.45	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
69.30	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
67.75	50	GRUPO = 3	NORMAL
	150	Total	

				Corrected for Ties	
CASES	Chi-Square	Significance	Chi-Square	Significance	
150	7.7644	.0206	7.9366	.0189	

Page 114 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:14:51
 COMPUTE M=M+.5.
 COMPUTE M=LG10(M).
 ONEWAY/VARIABLES M BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 115 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable M
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.8348	.4174	3.7967	.0247
Within Groups	147	16.1612	.1099		
Total	149	16.9960			

Page 116 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.5842	.3331	.0471	.4895 To .6789
DEPRESIV	50	.4148	.3695	.0523	.3098 To .5198
NORMAL	50	.4402	.2870	.0406	.3586 To .5217
Total	150	.4797	.3377	.0276	.4252 To .5342

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	1.3118
DEPRESIV	-.3010	1.0607
NORMAL	-.3010	.9777
Total	-.3010	1.3118

Page 117 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4139, P = .224 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.536, P = .215
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.658

Page 118 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable M
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2345 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 119 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable M
(Continued)

Mean	Group	D N A	E O N	P R O	R M R	E A E	S L X	I I	V A
.4148	DEPRESIV								
.4402	NORMAL								
.5842	ANOREXIA	*	*						

Page 120 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.4148	.4402

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	.5842

Page 121 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable M
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2345 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 122 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable M
 (Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.4148	DEPRESIV	
.4402	NORMAL	
.5842	ANOREXIA	*

 Page 123 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.4148	.4402

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.4402	.5842

 Page 124 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable M
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2345 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable M
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.4148	DEPRESIV	
.4402	NORMAL	
.5842	ANOREXIA	*

Page 126

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.4148	.4402

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.4402	.5842

Page 127

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:15:14

Page 128

SPSS/PC+

2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS_
The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 129

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:16:35
SET LISTING 'A:ONWAY12.RES'.

MQO = Respuestas de movimiento humano ordinario

This procedure was completed at 20:07:04
 SET LISTING 'A:ONWAY8.RES'.
 ONEWAY/VARIABLES MQO BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 38 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	16.3733	8.1867	4.3848	.0141
Within Groups	147	274.4600	1.8671		
Total	149	290.8333			

Page 39 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	2.1000	1.6194	.2290	1.6398 To 2.5602
DEPRESIV	50	1.4200	1.4010	.1981	1.0218 To 1.8182
NORMAL	50	1.3800	1.0079	.1425	1.0936 To 1.6664
Total	150	1.6333	1.3971	.1141	1.4079 To 1.8578

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	8.0000
DEPRESIV	.0000	5.0000
NORMAL	.0000	4.0000
Total	.0000	8.0000

Page 40 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4682, P = .027 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 5.314, P = .005
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.581

Page 44 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:07:24
 NPAR K-W=MQO BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 45 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MQO
 by GRUPO

Mean Rank	Cases		
88.43	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
68.07	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
70.00	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	6.6924	.0352	7.1108	.0286

Page 46 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:07:27
COMPUTE MQO=MQO+.5.
COMPUTE MQO=LG10(MQO).
ONEWAY/VARIABLES MQO BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 47 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.8137	.4068	4.1108	.0183
Within Groups	147	14.5484	.0990		
Total	149	15.3621			

Page 48 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.3262	.3010	.0426	.2406 To .4117
DEPRESIV	50	.1514	.3606	.0510	.0489 To .2539
NORMAL	50	.2001	.2762	.0391	.1216 To .2786
Total	150	.2259	.3211	.0262	.1741 To .2777

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.9294
DEPRESIV	-.3010	.7404
NORMAL	-.3010	.6532
Total	-.3010	.9294

Page 49 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4380, P = .096 (Approx.)
Bartlett-Box F = 1.842, P = .159
Maximum Variance / Minimum Variance 1.705

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2225 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.1514	DEPRESIV	
.2001	NORMAL	
.3262	ANOREXIA	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.1514	.2001

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	.3262

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2225 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 54 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
 (Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.1514	DEPRESIV	
.2001	NORMAL	
.3262	ANOREXIA	*

 Page 55 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.1514	.2001

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.2001	.3262

 Page 56 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2225 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 57

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MQO
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.1514	DEPRESIV	
.2001	NORMAL	
.3262	ANOREXIA	*

Page 58

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.1514	.2001

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.2001	.3262

Page 59

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:07:51

Page 60

SPSS/PC+

2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS_
The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 61

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:09:49
SET LISTING 'A:ONWAY9.RES'.

MQsin = Respuestas de movimiento humano sin forma

ONEWAY/VARIABLES MNONE BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 83 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNONE
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.4133	.2067	3.4058	.0358
Within Groups	147	8.9200	.0607		
Total	149	9.3333			

Page 84 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.1400	.3505	.0496	.0404 To .2396
DEPRESIV	50	.0200	.1414	.0200	-.0202 To .0602
NORMAL	50	.0400	.1979	.0280	-.0163 To .0963
Total	150	.0667	.2503	.0204	.0263 To .1070

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	1.0000
DEPRESIV	.0000	1.0000
NORMAL	.0000	1.0000
Total	.0000	1.0000

Page 85 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .6749, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 20.456, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 6.143

NPARTESTS=MNONE BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPARTESTS *****

Page 90 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MNONE
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
81.00	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
72.00	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
73.50	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

				Corrected for Ties	
CASES	Chi-Square	Significance	Chi-Square	Significance	
150	1.2318	.5402	6.5986	.0369	

Page 91 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:13:07
COMPUTE MNONE=MNONE+.5.
COMPUTE MNONE=LG10(MNONE).
ONEWAY/VARIABLES MNONE BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 92 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNONE
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0941	.0470	3.4058	.0358
Within Groups	147	2.0306	.0138		
Total	149	2.1247			

Page 93 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.2342	.1672	.0237	-.2818 To -.1867
DEPRESIV	50	-.2915	.0675	.0095	-.3107 To -.2723
NORMAL	50	-.2819	.0944	.0134	-.3088 To -.2551
Total	150	-.2692	.1194	.0098	-.2885 To -.2500

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.1761
DEPRESIV	-.3010	.1761
NORMAL	-.3010	.1761
Total	-.3010	.1761

Page 94 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .6749, P = .000 (Approx.)
Bartlett-Box F = 20.456, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 6.143

Page 95 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNONE
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0831 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 96 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNONE
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
-.2915	DEPRESIV	
-.2819	NORMAL	
-.2342	ANOREXIA	* *

Page 97 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.2915	-.2819

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	-.2342

Page 98 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNONE
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.

The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.0831 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 99 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNONE
 (Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
-.2915	DEPRESIV	
-.2819	NORMAL	
-.2342	ANOREXIA	*

 Page 100 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.2915	-.2819

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-.2819	-.2342

 Page 101 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNONE
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.0831 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

No two groups are significantly different at the .050 level

 Page 102 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-.2915	-.2819	-.2342

Page 103 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:13:24

Page 104 SPSS/PC+ 2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS
The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 105 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:14:37
SET LISTING 'A:ONWAY11.RES'.
-

MP = Respuestas de movimiento humano pasivo

ONEWAY/VARIABLES MP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 265 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	48.8933	24.4467	5.4170	.0054
Within Groups	147	663.4000	4.5129		
Total	149	712.2933			

Page 266 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	2.9000	2.9572	.4182	2.0596 To 3.7404
DEPRESIV	50	1.8400	1.7186	.2430	1.3516 To 2.3284
NORMAL	50	1.5800	1.3566	.1919	1.1945 To 1.9655
Total	150	2.1067	2.1864	.1785	1.7539 To 2.4594

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	15.0000
DEPRESIV	.0000	7.0000
NORMAL	.0000	5.0000
Total	.0000	15.0000

Page 267 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .6459, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 16.020, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 4.752

NPAR K-W=MP BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 272 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MP
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
90.63	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
70.22	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
65.65	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	9.3727	.0092	9.8454	.0073

Page 273 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:28:49
COMPUTE MP=MP+.5.
COMPUTE MP=LG10(MP).
ONEWAY/VARIABLES MP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 274 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.9924	.4962	4.4610	.0132
Within Groups	147	16.3502	.1112		
Total	149	17.3425			

Page 275 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.4052	.3452	.0488	.3071 To .5033
DEPRESIV	50	.2503	.3410	.0482	.1534 To .3472
NORMAL	50	.2192	.3134	.0443	.1301 To .3083
Total	150	.2916	.3412	.0279	.2365 To .3466

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	1.1903
DEPRESIV	-.3010	.8751
NORMAL	-.3010	.7404
Total	-.3010	1.1903

Page 276 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3572, P = .973 (Approx.)
Bartlett-Box F = .264, P = .768
Maximum Variance / Minimum Variance 1.214

----- O N E W A Y -----

Variable MP
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2358 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MP
(Continued)

		N D A
		O E N
		R P O
		M R R
		A E E
		L S X
		I I
Mean	Group	V A
.2192	NORMAL	
.2503	DEPRESIV	
.4052	ANOREXIA	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV
Mean	.2192	.2503

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	.4052

----- O N E W A Y -----

Variable MP
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2358 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 281 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MP
 (Continued)

Mean	Group	N D A O E N R P O M R R A E E L S X I I V A
.2192	NORMAL	
.2503	DEPRESIV	
.4052	ANOREXIA	*

 Page 282 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV
Mean	.2192	.2503

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	.2503	.4052

 Page 283 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable MP
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2358 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 284

SPSS/PC+

2/19/97

O N E W A Y

Variable MP
(Continued)

Mean	Group	
		N D A
		O E N
		R P O
		M R R
		A E E
		L S X
		I I
		V A
.2192	NORMAL	
.2503	DEPRESIV	
.4052	ANOREXIA	*

Page 285

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV
Mean	.2192	.2503

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	.2503	.4052

Page 286

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:29:14

Page 287

SPSS/PC+

2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS_
The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 288

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:30:19
SET LISTING 'A:ONWAY19.RES'.

Ma = Respuestas de movimiento humano activo

ONEWAY /VARIABLES MA BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 314 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable MA
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	5.4933	2.7467	1.2022	.3035
Within Groups	147	335.8400	2.2846		
Total	149	341.3333			

Page 315 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.6000	1.8952	.2680	1.0614 To 2.1386
DEPRESIV	50	1.1600	1.3303	.1881	.7819 To 1.5381
NORMAL	50	1.2400	1.2216	.1728	.8928 To 1.5872
Total	150	1.3333	1.5135	.1236	1.0891 To 1.5775

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	11.0000
DEPRESIV	.0000	6.0000
NORMAL	.0000	5.0000
Total	.0000	11.0000

Page 316 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5241, P = .001 (Approx.)
Bartlett-Box F = 5.556, P = .004
Maximum Variance / Minimum Variance 2.407

Page 317 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable MA

NPAR TESTS K-W=MA BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 326 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MA
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
80.76	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
70.34	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
75.40	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	1.4385	.4871	1.5612	.4581

Page 327 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 18:50:23
COMPUTE MA=MA+.5.
COMPUTE MA=LG10(MA).
ONEWAY/VARIABLES MA BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 328 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable MA
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.2063	.1032	.8577	.4263
Within Groups	147	17.6805	.1203		
Total	149	17.8868			

Page 329 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.1765	.3664	.0518	.0724 To .2806
DEPRESIV	50	.0857	.3505	.0496	-.0140 To .1853
NORMAL	50	.1320	.3220	.0455	.0404 To .2235
Total	150	.1314	.3465	.0283	.0755 To .1873

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	1.0607
DEPRESIV	-.3010	.8129
NORMAL	-.3010	.7404
Total	-.3010	1.0607

Page 330 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3721, P = .709 (Approx.)
Bartlett-Box F = .412, P = .662
Maximum Variance / Minimum Variance 1.295

M- = Respuestas de movimiento humano negativas

ONEWAY /VARIABLES MNEG BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 392 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNEG
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	10.0800	5.0400	3.3864	.0365
Within Groups	147	218.7800	1.4883		
Total	149	228.8600			

Page 393 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.1000	1.7642	.2495	.5986 To 1.6014
DEPRESIV	50	.5000	.7626	.1079	.2833 To .7167
NORMAL	50	.6200	.8781	.1242	.3705 To .8695
Total	150	.7400	1.2393	.1012	.5400 To .9400

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	7.0000
DEPRESIV	.0000	3.0000
NORMAL	.0000	4.0000
Total	.0000	7.0000

Page 394 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .6970, P = .000 (Approx.)
Bartlett-Box F = 20.886, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 5.351

Page 395 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

NPAR TESTS K-W=MNEG BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 406 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MNEG
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
81.82	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
69.66	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
75.02	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	1.9676	.3739	2.4831	.2889

Page 407 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 19:21:40
COMPUTE MNEG=MNEG+.5.
COMPUTE MNEG=LG10(MNEG).
ONEWAY/VARIABLES MNEG BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 408 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable MNEG
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.3900	.1950	1.9210	.1501
Within Groups	147	14.9209	.1015		
Total	149	15.3108			

Page 409 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.0234	.3733	.0528	-.0827 To .1295
DEPRESIV	50	-.0997	.2808	.0397	-.1795 To -.0199
NORMAL	50	-.0564	.2938	.0416	-.1400 To .0271
Total	150	-.0443	.3206	.0262	-.0960 To .0075

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.8751
DEPRESIV	-.3010	.5441
NORMAL	-.3010	.6532
Total	-.3010	.8751

Page 410 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4576, P = .043 (Approx.)
Bartlett-Box F = 2.375, P = .093
Maximum Variance / Minimum Variance 1.768



ONWAY/VARIABLES EBIZQ BY GRUPO (1,3)/

Page 9 SPSS/PC+ 11/18/99

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS
The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 10 SPSS/PC+ 11/18/99

This procedure was completed at 17:05:58
SET LISTING 'B:ONWAY72.RES'.
ONEWAY/VARIABLES EBIZQ BY GRUPO (1,3)/
RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 11 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable EBIZQ
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Table with 6 columns: Source, D.F., Sum of Squares, Mean Squares, F Ratio, F Prob. Rows include Between Groups, Within Groups, and Total.

Page 12 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Table with 8 columns: Group, Count, Mean, Standard Deviation, Standard Error, 95 Pct Conf Int, for Mean. Rows include ANOREXIA, DEPRESIV, NORMAL, and Total.

Table with 3 columns: Group, Minimum, Maximum. Rows include ANOREXIA, DEPRESIV, NORMAL, and Total.

Page 13 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3789, P = .604 (Approx.)
Bartlett-Box F = .913, P = .401
Maximum Variance / Minimum Variance 1.443

FM+m pasivos

This procedure was completed at 15:21:58
 SET LISTING 'B:ONWAY89.RES'.
 SELECT IF (PASIVO).
 ONEWAY/VARIABLES EBIZQ BY GRUPO (1,3).
 The raw data or transformation pass is proceeding
 19 cases are written to the compressed active file.

Page 11 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Variable EBIZQ
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	12.8912	6.4456	.9186	.4191
Within Groups	16	112.2667	7.0167		
Total	18	125.1579			

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	3	3.3333	2.5166	1.4530	-2.9183 To 9.5850
DEPRESIV	10	3.2000	2.0976	.6633	1.6995 To 4.7005
NORMAL	6	5.0000	3.4641	1.4142	1.3647 To 8.6353
Total	19	3.7895	2.6369	.6049	2.5185 To 5.0604

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	6.0000
DEPRESIV	.0000	6.0000
NORMAL	1.0000	10.0000
Total	.0000	10.0000

Page 25 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5279, P = .392 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .765, P = .466
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.727

Page 26 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

activo = todos los movimientos activos

ONEWAY /VARIABLES ACTIVO BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 302 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable ACTIVO
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	10.8933	5.4467	.7056	.4955
Within Groups	147	1134.6800	7.7189		
Total	149	1145.5733			

Page 303 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	4.2200	3.2720	.4627	3.2901 To	5.1499
DEPRESIV	50	3.5800	2.3997	.3394	2.8980 To	4.2620
NORMAL	50	4.0400	2.5869	.3658	3.3048 To	4.7752
Total	150	3.9467	2.7728	.2264	3.4993 To	4.3940

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	14.0000
DEPRESIV	.0000	9.0000
NORMAL	.0000	10.0000
Total	.0000	14.0000

Page 304 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4623, P = .035 (Approx.)
Bartlett-Box F = 2.636, P = .072
Maximum Variance / Minimum Variance 1.859

Page 305 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

pasivo = todos los movimientos pasivos

ONEWAY/VARIABLES PASIVO BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 5 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Variable PASIVO
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	79.5733	39.7867	4.5844	.0117
Within Groups	147	1275.7600	8.6786		
Total	149	1355.3333			

Page 6 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	5.0800	3.4749	.4914	4.0924 To	6.0676
DEPRESIV	50	3.4000	2.4661	.3488	2.6991 To	4.1009
NORMAL	50	3.7200	2.8070	.3970	2.9223 To	4.5177
Total	150	4.0667	3.0160	.2463	3.5801 To	4.5533

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	20.0000
DEPRESIV	.0000	11.0000
NORMAL	.0000	12.0000
Total	.0000	20.0000

Page 7 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4638, P = .033 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.961, P = .052
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.986

Page 8 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Variable PASIVO
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.0831 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 9 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Variable PASIVO
 (Continued)

Mean	Group	D N A	E O N	P R O	R M R	E A E	S L X	I I	V A
3.4000	DEPRESIV								
3.7200	NORMAL								
5.0800	ANOREXIA	*	*						

 Page 10 SPSS/PC+ 11/19/99

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	3.4000	3.7200

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	5.0800

 Page 11 SPSS/PC+ 11/19/99

----- O N E W A Y -----

Variable PASIVO
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.0831 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable PASIVO
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
3.4000	DEPRESIV	
3.7200	NORMAL	
5.0800	ANOREXIA *	

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	3.4000	3.7200

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	3.7200	5.0800

----- O N E W A Y -----

Variable PASIVO
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.0831 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable PASIVO
(Continued)

		D N A
		E O N
		P R O
		R M R
		E A E
		S L X
		I I
Mean	Group	V A
3.4000	DEPRESIV	
3.7200	NORMAL	
5.0800	ANOREXIA	*

Page 16 SPSS/PC+ 11/19/99

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	3.4000	3.7200

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	3.7200	5.0800

Page 17 SPSS/PC+ 11/19/99

This procedure was completed at 15:43:42

Page 18 SPSS/PC+ 11/19/99

Indice de intelectualización

ONEWAY /VARIABLES INTEL BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 340 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable INTEL
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.2533	.1267	.0165	.9837
Within Groups	147	1130.5800	7.6910		
Total	149	1130.8333			

Page 341 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.9200	3.5042	.4956	.9241 To 2.9159
DEPRESIV	50	2.0200	2.3078	.3264	1.3641 To 2.6759
NORMAL	50	1.9600	2.3383	.3307	1.2955 To 2.6245
Total	150	1.9667	2.7549	.2249	1.5222 To 2.4111

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	18.0000
DEPRESIV	.0000	7.0000
NORMAL	.0000	10.0000
Total	.0000	18.0000

Page 342 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .5322, P = .001 (Approx.)
Bartlett-Box F = 5.847, P = .003
Maximum Variance / Minimum Variance 2.305

Page 343 SPSS/PC+ 4/14/97

NPAR TESTS K-W=MA BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 352 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MA
by GRUPO

Mean Rank	Cases	GRUPO = 1	ANOREXIA
80.76	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
70.34	50	GRUPO = 3	NORMAL
75.40	50		

	150	Total	

				Corrected for Ties	
CASES	Chi-Square	Significance	Chi-Square	Significance	
150	1.4385	.4871	1.5612	.4581	

Page 353 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 19:09:44
 COMPUTE INTEL=INTEL+.5.
 COMPUTE INTEL=LG10(INTEL).
 ONEWAY/VARIABLES INTEL BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 354 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable INTEL
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.1282	.0641	.3289	.7203
Within Groups	147	28.6400	.1948		
Total	149	28.7681			

Page 355 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.1309	.4394	.0621	.0060 To .2558
DEPRESIV	50	.1933	.4497	.0636	.0655 To .3211
NORMAL	50	.1925	.4350	.0615	.0689 To .3161
Total	150	.1722	.4394	.0359	.1013 To .2431

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	1.2672
DEPRESIV	-.3010	.8751
NORMAL	-.3010	1.0212
Total	-.3010	1.2672

Page 356 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3459, P = 1.000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .028, P = .972
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.069

Page 357 SPSS/PC+ 4/14/97

MOR = Contenidos mórbidos

ONEWAY /VARIABLES MOR BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 366 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable MOR
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	10.3600	5.1800	1.3770	.2556
Within Groups	147	552.9800	3.7618		
Total	149	563.3400			

Page 367 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.8800	2.0368	.2880	1.3011 To 2.4589
DEPRESIV	50	1.7200	2.3303	.3296	1.0577 To 2.3823
NORMAL	50	1.2600	1.3063	.1847	.8887 To 1.6313
Total	150	1.6200	1.9444	.1588	1.3063 To 1.9337

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	9.0000
DEPRESIV	.0000	11.0000
NORMAL	.0000	6.0000
Total	.0000	11.0000

Page 368 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4812, P = .015 (Approx.)
Bartlett-Box F = 7.904, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 3.182

Page 369 SPSS/PC+ 4/14/97

NPAR TESTS K-W=MOR BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 49 SPSS/PC+ 11/18/99

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MOR
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
81.50	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
73.76	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
71.24	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	1.5146	.4689	1.6173	.4455

Page 50 SPSS/PC+ 11/18/99

This procedure was completed at 17:13:40
 COMPUTE MOR=MOR+.5.
 COMPUTE MOR=LG10 (MOR).
 ONEWAY/VARIABLES MOR BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 51 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable MOR
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.2326	.1163	.8007	.4510
Within Groups	147	21.3553	.1453		
Total	149	21.5879			

Page 52 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.2200	.3869	.0547	.1101 To .3300
DEPRESIV	50	.1483	.4187	.0592	.0293 To .2673
NORMAL	50	.1283	.3329	.0471	.0337 To .2229
Total	150	.1655	.3806	.0311	.1041 To .2269

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.9777
DEPRESIV	-.3010	1.0607
NORMAL	-.3010	.8129
Total	-.3010	1.0607

Page 53 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4023, P = .321 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.284, P = .277
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.582

Page 54 SPSS/PC+ 11/18/99

SUM6 CCEE = Códigos especiales

ONEWAY /VARIABLES SUM6 BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 420 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable SUM6
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	9.0533	4.5267	1.0368	.3572
Within Groups	147	641.7800	4.3659		
Total	149	650.8333			

Page 421 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.8400	2.1415	.3029	1.2314 To 2.4486
DEPRESIV	50	2.3800	2.2758	.3218	1.7332 To 3.0268
NORMAL	50	1.8800	1.8254	.2582	1.3612 To 2.3988
Total	150	2.0333	2.0900	.1706	1.6961 To 2.3705

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	10.0000
DEPRESIV	.0000	10.0000
NORMAL	.0000	8.0000
Total	.0000	10.0000

Page 422 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3954, P = .391 (Approx.)
Bartlett-Box F = 1.217, P = .296
Maximum Variance / Minimum Variance 1.554

Page 423 SPSS/PC+ 4/14/97

WSUM6 = Suma ponderada de códigos especiales

ONEWAY/VARIABLES Wsum6 BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 63 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable WSUM6
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	288.6533	144.3267	2.3325	.1006
Within Groups	147	9096.0200	61.8777		
Total	149	9384.6733			

Page 64 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	6.1600	8.8303	1.2488	3.6505 To 8.6695
DEPRESIV	50	8.6200	8.7852	1.2424	6.1233 To 11.1167
NORMAL	50	5.3600	5.5209	.7808	3.7910 To 6.9290
Total	150	6.7133	7.9363	.6480	5.4329 To 7.9938

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	45.0000
DEPRESIV	.0000	33.0000
NORMAL	.0000	25.0000
Total	.0000	45.0000

Page 65 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4200, P = .183 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 6.215, P = .002
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.558

Page 66 SPSS/PC+ 11/18/99

NPAR TESTS K-W=wsum6 BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 75 SPSS/PC+ 11/18/99

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

WSUM6
 by GRUPO

Mean Rank	Cases		
69.52	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
85.37	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
71.61	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	3.9287	.1402	4.0222	.1338

Page 76 SPSS/PC+ 11/18/99

This procedure was completed at 17:25:05
 COMPUTE Wsum6=Wsum6+.5.
 COMPUTE Wsum6=LG10 (Wsum6).
 ONEWAY/VARIABLES Wsum6 BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 77 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable WSUM6
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.9081	.4541	1.3422	.2645
Within Groups	147	49.7306	.3383		
Total	149	50.6387			

Page 78 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.4842	.5923	.0838	.3158 To .6525
DEPRESIV	50	.6631	.6130	.0867	.4889 To .8373
NORMAL	50	.5168	.5370	.0759	.3642 To .6694
Total	150	.5547	.5830	.0476	.4606 To .6488

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	1.6580
DEPRESIV	-.3010	1.5250
NORMAL	-.3010	1.4065
Total	-.3010	1.6580

Page 79 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3703, P = .739 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .449, P = .638
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.303

SUM6 CCEE2 = Códigos especiales de nivel 2

ONEWAY /VARIABLES LV2 BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 458 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	3.6400	1.8200	3.4927	.0330
Within Groups	147	76.6000	.5211		
Total	149	80.2400			

Page 459 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.2600	.8033	.1136	.0317 To .4883
DEPRESIV	50	.4800	.9089	.1285	.2217 To .7383
NORMAL	50	.1000	.3030	.0429	.0139 To .1861
Total	150	.2800	.7338	.0599	.1616 To .3984

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	5.0000
DEPRESIV	.0000	3.0000
NORMAL	.0000	1.0000
Total	.0000	5.0000

Page 460 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .5285, P = .001 (Approx.)
Bartlett-Box F = 25.794, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 8.996

Page 461 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

NPAR TESTS K-W=LV2 BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 473 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

LV2
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
73.92	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
83.48	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
69.10	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	2.8381	.2419	6.3549	.0417

Page 474 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 19:38:16
 COMPUTE LV2=LV2+.5.
 COMPUTE LV2=LG10(LV2).
 ONEWAY/VARIABLES LV2 BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 475 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.3961	.1981	3.7726	.0252
Within Groups	147	7.7170	.0525		
Total	149	8.1131			

Page 476 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.2090	.2266	.0320	-.2734 To -.1446
DEPRESIV	50	-.1291	.2920	.0413	-.2121 To -.0461
NORMAL	50	-.2533	.1446	.0204	-.2944 To -.2122
Total	150	-.1971	.2333	.0191	-.2348 To -.1595

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.7404
DEPRESIV	-.3010	.5441
NORMAL	-.3010	.1761
Total	-.3010	.7404

Page 477 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .5413, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 11.132, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 4.078

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.1620 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
-.2533	NORMAL	
-.2090	ANOREXIA	
-.1291	DEPRESIV	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-.2533	-.2090

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.2090	-.1291

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.1620 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 482

SPSS/PC+

4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
 (Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
-.2533	NORMAL	
-.2090	ANOREXIA	
-.1291	DEPRESIV	*

Page 483

SPSS/PC+

4/14/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-.2533	-.2090

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.2090	-.1291

Page 484

SPSS/PC+

4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..

.1620 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 485 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable LV2
(Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
-.2533	NORMAL	
-.2090	ANOREXIA	
-.1291	DEPRESIV	*

Page 486 SPSS/PC+ 4/14/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-.2533	-.2090

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.2090	-.1291

Page 487 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 19:40:08

Page 488 SPSS/PC+ 4/14/97

FINISH

EA = Experiencia accesible

ONEWAY/VARIABLES EA BY GRUPO (1,3) /
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFÉ/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 89 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable EA
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	132.2433	66.1217	4.1167	.0182
Within Groups	147	2361.0900	16.0618		
Total	149	2493.3333			

Page 90 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	7.8900	4.7383	.6701	6.5434 To 9.2366
DEPRESIV	50	6.0000	3.6784	.5202	4.9546 To 7.0454
NORMAL	50	5.8100	3.4933	.4940	4.8172 To 6.8028
Total	150	6.5667	4.0907	.3340	5.9067 To 7.2267

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	22.5000
DEPRESIV	.0000	19.5000
NORMAL	1.0000	15.5000
Total	.0000	22.5000

Page 91 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4659, P = .030 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.703, P = .067
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.840

Page 92 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable EA
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.8339 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 93 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable EA
 (Continued)

Mean	Group	N D A O E N R P O M R R A E E L S X I I V A
5.8100	NORMAL	
6.0000	DEPRESIV	
7.8900	ANOREXIA	* *

 Page 94 SPSS/PC+ 11/18/99

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV
Mean	5.8100	6.0000

 SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	7.8900

 Page 95 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable EA
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.8339 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable EA
(Continued)

Mean	Group	
5.8100	NORMAL	
6.0000	DEPRESIV	
7.8900	ANOREXIA	*

N D A
O E N
R P O
M R R
A E E
L S X
I I
V A

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV
Mean	5.8100	6.0000

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	6.0000	7.8900

----- O N E W A Y -----

Variable EA
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
2.8339 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable EA
(Continued)

Adj D = Capacidad de control habitual

Variable ADJD
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	12.8933	6.4467	3.5106	.0324
Within Groups	147	269.9400	1.8363		
Total	149	282.8333			

Page 603 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.0400	1.5513	.2194	-.4009 To .4809
DEPRESIV	50	-.6400	1.2578	.1779	-.9975 To -.2825
NORMAL	50	-.5000	1.2330	.1744	-.8504 To -.1496
Total	150	-.3667	1.3778	.1125	-.5890 To -.1444

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-4.0000	5.0000
DEPRESIV	-4.0000	4.0000
NORMAL	-4.0000	3.0000
Total	-4.0000	5.0000

Page 604 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4368, P = .100 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.637, P = .195
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.583

Page 605 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ADJD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.9582 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable ADJD
(Continued)

Mean	Group	D N A	E O N	P R O	R M R	E A E	S L X	I I	V A
-.6400	DEPRESIV								
-.5000	NORMAL								
.0400	ANOREXIA	*	*						

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.6400	-.5000

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	.0400

----- O N E W A Y -----

Variable ADJD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.9582 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable ADJD
(Continued)

D N A
E O N
P R O
R M R
E A E
S L X
I I
V A

Mean	Group
-.6400	DEPRESIV
-.5000	NORMAL
.0400	ANOREXIA *

Page 610

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.6400	-.5000

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-.5000	.0400

Page 611

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ADJD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.9582 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 612

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----
Variable ADJD
(Continued)

		D	N	A
		E	O	N
		P	R	O
		R	M	R
		E	A	E
		S	L	X
		I	I	
		V	A	
Mean	Group			
-.6400	DEPRESIV			
-.5000	NORMAL			
.0400	ANOREXIA	*		

Page 613

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.6400	-.5000

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	-.5000	.0400

es = estimulación sufrida

ONEWAY/VARIABLES es BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFÉ/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 104 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable ES
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	3.3600	1.6800	.0546	.9469
Within Groups	147	4523.9000	30.7748		
Total	149	4527.2600			

Page 105 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	9.6600	5.1769	.7321	8.1887 To	11.1313
DEPRESIV	50	9.4200	5.0024	.7074	7.9983 To	10.8417
NORMAL	50	9.3000	6.3640	.9000	7.4914 To	11.1086
Total	150	9.4600	5.5122	.4501	8.5707 To	10.3493

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	30.0000
DEPRESIV	.0000	24.0000
NORMAL	.0000	28.0000
Total	.0000	30.0000

Page 106 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4387, P = .093 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.713, P = .181
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.618

Page 107 SPSS/PC+ 11/18/99

Puntuación D = Capacidad actual de control

ONEWAY/VARIABLES PD BY GRUPO (1,3) /
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 235 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable PD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	11.8533	5.9267	2.1619	.1187
Within Groups	147	402.9800	2.7414		
Total	149	414.8333			

Page 236 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.4400	1.7747	.2510	-.9444 To .0644
DEPRESIV	50	-1.0800	1.4961	.2116	-1.5052 To -.6548
NORMAL	50	-.9800	1.6841	.2382	-1.4586 To -.5014
Total	150	-.8333	1.6686	.1362	-1.1025 To -.5641

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-4.0000	5.0000
DEPRESIV	-5.0000	3.0000
NORMAL	-5.0000	3.0000
Total	-5.0000	5.0000

Page 237 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3829, P = .546 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .726, P = .484
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.407

Page 238 SPSS/PC+ 11/18/99

Sum SH = Suma sombreados

ONEWAY/VARIABLES EBDER BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 154 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable EBDER
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	29.1733	14.5867	1.0073	.3677
Within Groups	147	2128.7000	14.4810		
Total	149	2157.8733			

Page 155 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	4.9000	3.2529	.4600	3.9755 To 5.8245
DEPRESIV	50	5.4600	3.3819	.4783	4.4989 To 6.4211
NORMAL	50	4.3800	4.6286	.6546	3.0646 To 5.6954
Total	150	4.9133	3.8056	.3107	4.2993 To 5.5273

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	19.0000
DEPRESIV	.0000	13.0000
NORMAL	.0000	19.0000
Total	.0000	19.0000

Page 156 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4932, P = .008 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 3.837, P = .022
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.025

Page 157 SPSS/PC+ 2/19/97

NPAR K-W=EBDER BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 160 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

EBDER
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
77.56	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
85.83	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
63.11	50	GRUPO = 3	NORMAL
	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	7.0057	.0301	7.0757	.0291

Page 161 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:19:07
 COMPUTE EBDER=EBDER+.5.
 COMPUTE EBDER=LG10(EBDER).
 ONEWAY/VARIABLES EBDER BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 162 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable EBDER
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.9903	.4951	3.5687	.0307
Within Groups	147	20.3960	.1387		
Total	149	21.3863			

Page 163 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.6641	.2503	.0354	.5930 To .7353
DEPRESIV	50	.6608	.3862	.0546	.5511 To .7706
NORMAL	50	.4901	.4521	.0639	.3617 To .6186
Total	150	.6050	.3789	.0309	.5439 To .6662

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.1761	1.2900
DEPRESIV	-.3010	1.1303
NORMAL	-.3010	1.2900
Total	-.3010	1.2900

Page 164 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variations) = .4911, P = .009 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 8.138, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 3.263

----- O N E W A Y -----

Variable EBDER
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2634 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable EBDER
(Continued)

		N D A
		O E N
		R P O
		M R R
		A E E
		L S X
		I I
Mean	Group	V A
.4901	NORMAL	
.6608	DEPRESIV	*
.6641	ANOREXIA	

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	.4901	.6608	.6641

----- O N E W A Y -----

Variable EBDER
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2634 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

No two groups are significantly different at the .050 level

Page 169

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	.4901	.6608	.6641

Page 170

SPSS/PC+

2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable EBDER
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure

Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.

The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2634 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

No two groups are significantly different at the .050 level

Page 171

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	DEPRESIV	ANOREXIA
Mean	.4901	.6608	.6641

Page 172

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:19:26

Page 173

SPSS/PC+

2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.

The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS_

The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+

The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 174

SPSS/PC+

2/19/97

S = Respuestas de espacio blanco

ONEWAY /VARIABLES S BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 27 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable S
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	2.2933	1.1467	.1877	.8291
Within Groups	147	897.9800	6.1087		
Total	149	900.2733			

Page 28 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	3.1800	2.4800	.3507	2.4752 To	3.8848
DEPRESIV	50	3.4600	2.4512	.3467	2.7634 To	4.1566
NORMAL	50	3.4200	2.4833	.3512	2.7142 To	4.1258
Total	150	3.3533	2.4581	.2007	2.9567 To	3.7499

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	13.0000
DEPRESIV	.0000	10.0000
NORMAL	.0000	10.0000
Total	.0000	13.0000

Page 29 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3365, P = 1.000 (Approx.)
Bartlett-Box F = .005, P = .995
Maximum Variance / Minimum Variance 1.026

Page 30 SPSS/PC+ 4/14/97

Complejas = Respuestas de determinantes múltiples

ONEWAY/VARIABLES Blends BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 185 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable BLENDS
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	30.8800	15.4400	1.2788	.2815
Within Groups	147	1774.8800	12.0740		
Total	149	1805.7600			

Page 186 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	4.6800	3.6390	.5146	3.6458 To	5.7142
DEPRESIV	50	3.7600	3.1139	.4404	2.8750 To	4.6450
NORMAL	50	3.6800	3.6446	.5154	2.6442 To	4.7158
Total	150	4.0400	3.4813	.2842	3.4783 To	4.6017

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	17.0000
DEPRESIV	.0000	12.0000
NORMAL	.0000	15.0000
Total	.0000	17.0000

Page 187 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3667, P = .799 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .764, P = .466
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.370

Page 188 SPSS/PC+ 11/18/99

Sum C' = Respuestas acromáticas

ONEWAY/VARIABLES Acrom BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 197 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable ACROM
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	14.5733	7.2867	1.6640	.1929
Within Groups	147	643.7200	4.3790		
Total	149	658.2933			

Page 198 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.8200	1.6744	.2368	1.3441 To 2.2959
DEPRESIV	50	2.5400	2.1779	.3080	1.9210 To 3.1590
NORMAL	50	1.9600	2.3644	.3344	1.2881 To 2.6319
Total	150	2.1067	2.1019	.1716	1.7675 To 2.4458

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	7.0000
DEPRESIV	.0000	8.0000
NORMAL	.0000	9.0000
Total	.0000	9.0000

Page 199 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4255, P = .151 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.958, P = .052
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.994

Page 200 SPSS/PC+ 11/18/99

Sum C = Respuestas de color cromático

ONEWAY/VARIABLES SumC BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 209 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable SUMC
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	4.0133	2.0067	.2943	.7455
Within Groups	147	1002.3600	6.8188		
Total	149	1006.3733			

Page 210 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	3.9400	2.4025	.3398	3.2572 To 4.6228
DEPRESIV	50	3.5400	2.6435	.3738	2.7887 To 4.2913
NORMAL	50	3.7600	2.7742	.3923	2.9716 To 4.5484
Total	150	3.7467	2.5989	.2122	3.3274 To 4.1660

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	12.0000
DEPRESIV	.0000	11.0000
NORMAL	.0000	14.0000
Total	.0000	14.0000

Page 211 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3762, P = .644 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .512, P = .599
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.333

Page 212 SPSS/PC+ 11/18/99

Sum Pond C = Suma de color ponderada

ONEWAY/VARIABLES SumPonC BY GRUPO (1,3)/
 GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:ROALL.SYS
 The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 125 variables (including system variables).
 125 variables will be used in this session.

 Page 222 SPSS/PC+ 11/18/99

This procedure was completed at 18:17:41
 SET LISTING 'B:ONWAY87.RES'.
 ONEWAY/VARIABLES SumPondC BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

 Page 223 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable SUMPONDC
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	6.0433	3.0217	.5286	.5905
Within Groups	147	840.2300	5.7159		
Total	149	846.2733			

 Page 224 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	3.4300	2.4558	.3473	2.7321 To 4.1279
DEPRESIV	50	3.0200	2.3298	.3295	2.3579 To 3.6821
NORMAL	50	2.9900	2.3851	.3373	2.3122 To 3.6678
Total	150	3.1467	2.3832	.1946	2.7622 To 3.5312

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	12.5000
DEPRESIV	.0000	8.5000
NORMAL	.0000	10.5000
Total	.0000	12.5000

 Page 225 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3517, P = 1.000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .068, P = .935
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.111

Fr+rF = Reflejos

ONEWAY /VARIABLES FR BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 39 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable FR
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	5.8800	2.9400	1.5689	.2117
Within Groups	147	275.4600	1.8739		
Total	149	281.3400			

Page 40 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	.7600	1.5328	.2168	.3244 To	1.1956
DEPRESIV	50	.3400	.8478	.1199	.0991 To	.5809
NORMAL	50	.7600	1.5980	.2260	.3059 To	1.2141
Total	150	.6200	1.3741	.1122	.3983 To	.8417

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	8.0000
DEPRESIV	.0000	4.0000
NORMAL	.0000	9.0000
Total	.0000	9.0000

Page 41 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4542, P = .050 (Approx.)
Bartlett-Box F = 10.265, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 3.553

Page 42 SPSS/PC+ 4/14/97

NPAR TESTS K-W=FR BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 67 SPSS/PC+ 4/14/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

FR
by GRUPO

Mean Rank Cases

81.09 50 GRUPO = 1 ANOREXIA
 67.18 50 GRUPO = 2 DEPRESIVA
 78.23 50 GRUPO = 3 NORMAL

 150 Total

				Corrected for Ties	
CASES	Chi-Square	Significance	Chi-Square	Significance	
150	2.8589	.2394	4.4476	.1082	

 Page 68 SPSS/PC+ 4/14/97

This procedure was completed at 17:31:56
 COMPUTE FR=FR+.5.
 COMPUTE FR=LGL0(FR).
 ONWAY/VARIABLES FR BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

 Page 73 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable FR
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.4209	.2105	2.0760	.1291
Within Groups	147	14.9021	.1014		
Total	149	15.3230			

 Page 74 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.0659	.3371	.0477	-.1617 To .0300
DEPRESIV	50	-.1849	.2606	.0369	-.2590 To -.1109
NORMAL	50	-.0808	.3501	.0495	-.1803 To .0187
Total	150	-.1105	.3207	.0262	-.1623 To -.0588

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.9294
DEPRESIV	-.3010	.6532
NORMAL	-.3010	.9777
Total	-.3010	.9777

 Page 75 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4031, P = .314 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.346, P = .096
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.805

 Page 76 SPSS/PC+ 4/14/97

FD = Respuestas de dimensión

ONEWAY/VARIABLES FD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 175 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FD
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	22.4533	11.2267	8.1546	.0004
Within Groups	147	202.3800	1.3767		
Total	149	224.8333			

Page 176 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.5800	.9708	.1373	.3041 To .8559
DEPRESIV	50	.5400	.6455	.0913	.3565 To .7235
NORMAL	50	1.3800	1.6646	.2354	.9069 To 1.8531
Total	150	.8333	1.2284	.1003	.6351 To 1.0315

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	5.0000
DEPRESIV	.0000	2.0000
NORMAL	.0000	6.0000
Total	.0000	6.0000

Page 177 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .6709, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 21.251, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 6.649

Page 178 SPSS/PC+ 2/19/97

NPAR K-W=FD BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 182 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

FD
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
66.61	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
69.96	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
89.93	50	GRUPO = 3	NORMAL
	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	8.4225	.0148	10.1185	.0064

Page 183 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:21:16
 COMPUTE FD=FD+.5.
 COMPUTE FD=LG10(FD).
 ONEWAY/VARIABLES FD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 184 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1.2692	.6346	6.4390	.0021
Within Groups	147	14.4872	.0986		
Total	149	15.7564			

Page 185 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.0833	.2977	.0421	-.1679 To .0013
DEPRESIV	50	-.0638	.2659	.0376	-.1394 To .0118
NORMAL	50	.1208	.3692	.0522	.0159 To .2257
Total	150	-.0088	.3252	.0266	-.0612 To .0437

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.7404
DEPRESIV	-.3010	.3979
NORMAL	-.3010	.8129
Total	-.3010	.8129

Page 186 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4610, P = .037 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.759, P = .064
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.927

----- O N E W A Y -----

Variable FD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2220 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable FD
(Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
-.0833	ANOREXIA	
-.0638	DEPRESIV	
.1208	NORMAL	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.0833	-.0638

SUBSET 2

Group	NORMAL
Mean	.1208

----- O N E W A Y -----

Variable FD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2220 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 191 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FD
 (Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
-.0833	ANOREXIA	
-.0638	DEPRESIV	
.1208	NORMAL	* *

 Page 192 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.0833	-.0638

SUBSET 2

Group	NORMAL
Mean	.1208

 Page 193 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FD
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2220 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 194 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable FD
(Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
-.0833	ANOREXIA	
-.0638	DEPRESIV	
.1208	NORMAL	* *

Page 195 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.0833	-.0638

SUBSET 2

Group	NORMAL
Mean	.1208

Page 196 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:21:35

Page 197 SPSS/PC+ 2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS_
The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 198 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:23:39
SET LISTING 'A:ONWAY15.RES'.

V = Respuestas de vista

ONEWAY /VARIABLES V BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/
RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 85 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Variable V
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1.3333	.6667	.3845	.6815
Within Groups	147	254.8600	1.7337		
Total	149	256.1933			

Page 86 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.1400	1.3403	.1895	.7591 To 1.5209
DEPRESIV	50	1.1400	1.2124	.1715	.7955 To 1.4845
NORMAL	50	.9400	1.3911	.1967	.5447 To 1.3353
Total	150	1.0733	1.3113	.1071	.8618 To 1.2849

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	6.0000
DEPRESIV	.0000	6.0000
NORMAL	.0000	6.0000
Total	.0000	6.0000

Page 87 SPSS/PC+ 4/14/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3720, P = .710 (Approx.)
Bartlett-Box F = .481, P = .618
Maximum Variance / Minimum Variance 1.317

Page 88 SPSS/PC+ 4/14/97

(H) = Contenidos parahumanos

ONEWAY/VARIABLES HP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 289 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable HP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	23.6800	11.8400	5.6058	.0045
Within Groups	147	310.4800	2.1121		
Total	149	334.1600			

Page 290 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.7200	2.0308	.2872	1.1429 To 2.2971
DEPRESIV	50	.8400	.9765	.1381	.5625 To 1.1175
NORMAL	50	.9200	1.1220	.1587	.6011 To 1.2389
Total	150	1.1600	1.4976	.1223	.9184 To 1.4016

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	11.0000
DEPRESIV	.0000	4.0000
NORMAL	.0000	4.0000
Total	.0000	11.0000

Page 291 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .6509, P = .000 (Approx.)
Bartlett-Box F = 15.639, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 4.325

Page 292 SPSS/PC+ 2/19/97

NPAR K-W=HP BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 296 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

HP
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
88.86	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
68.17	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
69.47	50	GRUPO = 3	NORMAL
	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	7.1147	.0285	7.9015	.0192

Page 297 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:30:30
 COMPUTE HP=HP+.5.
 COMPUTE HP=LG10(HP).
 ONEWAY/VARIABLES HP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 298 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable HP
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1.0081	.5041	4.4327	.0135
Within Groups	147	16.7161	.1137		
Total	149	17.7242			

Page 299 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.1974	.3697	.0523	.0924 To .3025
DEPRESIV	50	.0164	.3147	.0445	-.0731 To .1058
NORMAL	50	.0317	.3247	.0459	-.0606 To .1240
Total	150	.0818	.3449	.0282	.0262 To .1375

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	1.0607
DEPRESIV	-.3010	.6532
NORMAL	-.3010	.6532
Total	-.3010	1.0607

Page 300 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4007, P = .337 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .727, P = .483
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.380

----- O N E W A Y -----

Variable HP
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2384 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable HP
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.0164	DEPRESIV	
.0317	NORMAL	
.1974	ANOREXIA	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.0164	.0317

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	.1974

----- O N E W A Y -----

Variable HP
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2384 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 305 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable HP
 (Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.0164	DEPRESIV	
.0317	NORMAL	
.1974	ANOREXIA	* *

 Page 306 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.0164	.0317

SUBSET 2

Group	ANOREXIA
Mean	.1974

 Page 307 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable HP
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2384 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 308

SPSS/PC+

2/19/97

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable HP
(Continued)

Mean	Group	D N A	E O N	P R O	R M R	E A E	S L X	I I	V A
.0164	DEPRESIV								
.0317	NORMAL								
.1974	ANOREXIA	*							

Page 309

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.0164	.0317

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.0317	.1974

Page 310

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:30:53

Page 311

SPSS/PC+

2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.

The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS_

The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+

The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 312

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:32:15
SET LISTING 'A:ONWAY20.RES'.

(Ad) = Contenidos para-animales parciales

ONEWAY/VARIABLES ADP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 130 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ADP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	5.9733	2.9867	3.4348	.0348
Within Groups	147	127.8200	.8695		
Total	149	133.7933			

Page 131 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.0600	.2399	.0339	-.0082 To .1282
DEPRESIV	50	.2200	.5817	.0823	.0547 To .3853
NORMAL	50	.5400	1.4875	.2104	.1173 To .9627
Total	150	.2733	.9476	.0774	.1204 To .4262

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	1.0000
DEPRESIV	.0000	3.0000
NORMAL	.0000	10.0000
Total	.0000	10.0000

Page 132 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .8482, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 66.342, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 38.447

Page 133 SPSS/PC+ 2/19/97

NPAR K-W=ADP BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 137 SPSS/PC+ 2/19/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

ADP
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
66.82	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
74.55	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
85.13	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	4.4763	.1067	10.3450	.0057

Page 138 SPSS/PC+ 2/19/97

This procedure was completed at 20:16:54
COMPUTE ADP=ADP+.5.
COMPUTE ADP=LG10(ADP).
ONEWAY/VARIABLES ADP BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
OPTIONS 6 1/STATISTICS 1 3.

Page 139 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ADP
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.5291	.2646	5.5260	.0049
Within Groups	147	7.0377	.0479		
Total	149	7.5668			

Page 140 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	-.2724	.1145	.0162	-.3049 To -.2399
DEPRESIV	50	-.2129	.2109	.0298	-.2728 To -.1529
NORMAL	50	-.1277	.2933	.0415	-.2110 To -.0443
Total	150	-.2043	.2254	.0184	-.2407 To -.1680

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.1761
DEPRESIV	-.3010	.5441
NORMAL	-.3010	1.0212
Total	-.3010	1.0212

Page 141 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5990, P = .000 (Approx.)
Bartlett-Box F = 19.026, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 6.567

----- O N E W A Y -----

Variable ADP
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.1547 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable ADP
(Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
-.2724	ANOREXIA	
-.2129	DEPRESIV	
-.1277	NORMAL	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.2724	-.2129

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.2129	-.1277

----- O N E W A Y -----

Variable ADP
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.1547 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 146 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ADP
 (Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
-.2724	ANOREXIA	
-.2129	DEPRESIV	
-.1277	NORMAL	*

 Page 147 SPSS/PC+ 2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.2724	-.2129

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.2129	-.1277

 Page 148 SPSS/PC+ 2/19/97

----- O N E W A Y -----

Variable ADP
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..

.1547 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 149

SPSS/PC+

2/19/97

O N E W A Y

Variable ADP
(Continued)

Mean	Group	A D N N E O O P R R R M E E A X S L I I A V
-.2724	ANOREXIA	
-.2129	DEPRESIV	
-.1277	NORMAL	*

Page 150

SPSS/PC+

2/19/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	-.2724	-.2129

SUBSET 2

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	-.2129	-.1277

Page 151

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:17:16

Page 152

SPSS/PC+

2/19/97

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS
The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 153

SPSS/PC+

2/19/97

This procedure was completed at 20:18:54
SET LISTING 'A:ONWAY13.RES'.

Sum H = Total contenidos humanos

ONEWAY/VARIABLES SumH BY GRUPO (1,3)/
RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 116 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable SUMH
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	79.2133	39.6067	2.5208	.0839
Within Groups	147	2309.6200	15.7117		
Total	149	2388.8333			

Page 117 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	6.4600	4.8999	.6929	5.0675 To	7.8525
DEPRESIV	50	4.6800	3.3408	.4725	3.7306 To	5.6294
NORMAL	50	5.5600	3.4591	.4892	4.5769 To	6.5431
Total	150	5.5667	4.0041	.3269	4.9206 To	6.2127

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	27.0000
DEPRESIV	.0000	14.0000
NORMAL	.0000	17.0000
Total	.0000	27.0000

Page 118 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5094, P = .003 (Approx.)
Bartlett-Box F = 4.622, P = .010
Maximum Variance / Minimum Variance 2.151

Page 119 SPSS/PC+ 11/18/99

NPAR TESTS K-W=SumH BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 128 SPSS/PC+ 11/18/99

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

SUMH
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
83.27	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
65.47	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
77.76	50	GRUPO = 3	NORMAL
	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	4.3995	.1108	4.4657	.1072

Page 129 SPSS/PC+ 11/18/99

This procedure was completed at 17:37:50
 COMPUTE sumH=sumH+.5.
 COMPUTE sumH=LG10 (sumH).
 ONEWAY/VARIABLES sumH BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 130 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable SUMH
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.7964	.3982	4.2808	.0156
Within Groups	147	13.6736	.0930		
Total	149	14.4700			

Page 131 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.7693	.2469	.0349	.6991 To .8395
DEPRESIV	50	.5939	.3779	.0534	.4864 To .7013
NORMAL	50	.7099	.2743	.0388	.6320 To .7879
Total	150	.6910	.3116	.0254	.6408 To .7413

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.1761	1.4393
DEPRESIV	-.3010	1.1614
NORMAL	-.3010	1.2430
Total	-.3010	1.4393

Page 132 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5118, P = .003 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 4.988, P = .007
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.342

----- O N E W A Y -----

Variable SUMH
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2157 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable SUMH
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.5939	DEPRESIV	
.7099	NORMAL	
.7693	ANOREXIA	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.5939	.7099

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.7099	.7693

----- O N E W A Y -----

Variable SUMH
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2157 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 137 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable SUMH
 (Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.5939	DEPRESIV	
.7099	NORMAL	
.7693	ANOREXIA	*

 Page 138 SPSS/PC+ 11/18/99

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.5939	.7099

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.7099	.7693

 Page 139 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable SUMH
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2157 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 140

SPSS/PC+

11/18/99

O N E W A Y -----

Variable SUMH
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
.5939	DEPRESIV	
.7099	NORMAL	
.7693	ANOREXIA	*

Page 141

SPSS/PC+

11/18/99

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	.5939	.7099

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.7099	.7693

Page 142

SPSS/PC+

11/18/99

This procedure was completed at 17:42:27

Page 143

SPSS/PC+

11/18/99

GET FILE 'A:ROALL.SYS'.

The SPSS/PC+ system file is read from
file A:ROALL.SYS

The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
and is titled SPSS/PC+

The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
125 variables (including system variables).
125 variables will be used in this session.

Page 144

SPSS/PC+

11/18/99

This procedure was completed at 17:44:49

SET LISTING 'B:ONWAY82.RES'.

□

Hd = Contenidos humanos parciales

ONEWAY/VARIABLES Hd BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFÉ/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 145 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Variable HD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	14.9200	7.4600	1.5214	.2218
Within Groups	147	720.8200	4.9035		
Total	149	735.7400			

Page 146 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.7000	2.4432	.3455	1.0056 To 2.3944
DEPRESIV	50	1.4400	1.9500	.2758	.8858 To 1.9942
NORMAL	50	2.2000	2.2223	.3143	1.5684 To 2.8316
Total	150	1.7800	2.2221	.1814	1.4215 To 2.1385

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.0000	16.0000
DEPRESIV	.0000	10.0000
NORMAL	.0000	12.0000
Total	.0000	16.0000

Page 147 SPSS/PC+ 11/18/99

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4058, P = .289 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.225, P = .294
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.570

Page 148 SPSS/PC+ 11/18/99

ANÁLISIS DE VARIANZA MMPI

Escala 2, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES MMPI2D BY GRUPO (1,3) /
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 7 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1860.2133	930.1067	28.5895	.0000
Within Groups	147	4782.3800	32.5332		
Total	149	6642.5933			

Page 8 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	31.1800	7.0383	.9954	29.1797 To 33.1803
DEPRESIV	50	32.1800	5.9443	.8406	30.4907 To 33.8693
NORMAL	50	24.2600	3.5675	.5045	23.2461 To 25.2739
Total	150	29.2067	6.6769	.5452	28.1294 To 30.2839

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	17.0000	49.0000
DEPRESIV	18.0000	46.0000
NORMAL	17.0000	31.0000
Total	17.0000	49.0000

Page 9 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .5076, P = .004 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 10.577, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 3.892

Page 10 SPSS/PC+ 5/4/97

NPAR TESTS K-W=MMPI2D BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 22 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MMPI2D
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
87.38	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
98.09	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
41.03	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	48.7317	.0000	48.8496	.0000

Page 23 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 16:42:38
 COMPUTE MMPI2D=MMPI2D+.5.
 COMPUTE MMPI2D=LG10(MMPI2D).
 ONEWAY/VARIABLES MMPI2D BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 24 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.4041	.2021	29.7884	.0000
Within Groups	147	.9972	.0068		
Total	149	1.4014			

Page 25 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	1.4904	.0962	.0136	1.4631 To	1.5177
DEPRESIV	50	1.5066	.0845	.0120	1.4826 To	1.5306
NORMAL	50	1.3893	.0629	.0089	1.3714 To	1.4072
Total	150	1.4621	.0970	.0079	1.4465 To	1.4778

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.2430	1.6946
DEPRESIV	1.2672	1.6675
NORMAL	1.2430	1.4983
Total	1.2430	1.6946

Page 26 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4546, P = .049 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 4.295, P = .014
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.336

 Page 27 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 .0582 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 28 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
 (Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
1.3893	NORMAL	
1.4904	ANOREXIA	*
1.5066	DEPRESIV	*

 Page 29 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group NORMAL
 Mean 1.3893

SUBSET 2

Group ANOREXIA DEPRESIV
 Mean 1.4904 1.5066

 Page 30 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0582 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 31 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
(Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
1.3893	NORMAL	
1.4904	ANOREXIA	*
1.5066	DEPRESIV	*

Page 32 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size).

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	1.3893

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.4904	1.5066

Page 33 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0582 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 34 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2D
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.3893	NORMAL	
1.4904	ANOREXIA	*
1.5066	DEPRESIV	*

Page 35 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	1.3893

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.4904	1.5066

Page 36 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 16:44:08

Page 37 SPSS/PC+ 5/4/97

GET FILE 'A:GRUPOMI.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:GRUPOMI.SYS_
The file was created on 5/2/97 at 21:22:30
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
80 variables (including system variables).
80 variables will be used in this session.

Page 38 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 16:45:47
SET LISTING 'A:NOVAPI3.RES'.
-

Escala 2, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES MMPI2T BY GRUPO (1,3)/
RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 39 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	7641.0533	3820.5267	26.7682	.0000
Within Groups	147	20980.7400	142.7261		
Total	149	28621.7933			

Page 40 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	74.5200	14.7292	2.0830	70.3340 To	78.7060
DEPRESIV	50	76.0800	12.3468	1.7461	72.5711 To	79.5889
NORMAL	50	60.2200	7.6673	1.0843	58.0410 To	62.3990
Total	150	70.2733	13.8597	1.1316	68.0372 To	72.5095

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	43.0000	114.0000
DEPRESIV	45.0000	103.0000
NORMAL	43.0000	76.0000
Total	43.0000	114.0000

Page 41 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .5067, P = .004 (Approx.)
Bartlett-Box F = 9.774, P = .000
Maximum Variance / Minimum Variance 3.690

NPAR TESTS K-W=MMPI2T BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 54 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MMPI2T
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
88.46	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
96.79	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
41.25	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	47.5308	.0000	47.5827	.0000

Page 55 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 16:49:31
 COMPUTE MMPI2T=MMPI2T+.5.
 COMPUTE MMPI2T=LG10(MMPI2T).
 ONEWAY/VARIABLES MMPI2T BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFÉ/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 56 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.2899	.1449	27.5287	.0000
Within Groups	147	.7739	.0053		
Total	149	1.0638			

Page 57 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.8670	.0854	.0121	1.8427 To 1.8913
DEPRESIV	50	1.8782	.0736	.0104	1.8573 To 1.8991
NORMAL	50	1.7799	.0556	.0079	1.7641 To 1.7957
Total	150	1.8417	.0845	.0069	1.8281 To 1.8553

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.6385	2.0588
DEPRESIV	1.6580	2.0149
NORMAL	1.6385	1.8837
Total	1.6385	2.0588

Page 58 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4620, P = .036 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 4.373, P = .013
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.364

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0513 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
(Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
1.7799	NORMAL	
1.8670	ANOREXIA	*
1.8782	DEPRESIV	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	1.7799

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.8670	1.8782

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0513 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 63 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.7799	NORMAL	
1.8670	ANOREXIA	*
1.8782	DEPRESIV	*

Page 64 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	1.7799

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.8670	1.8782

Page 65 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0513 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 66

SPSS/PC+

5/4/97

O N E W A Y -----

Variable MMPI2T
(Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
1.7799	NORMAL	
1.8670	ANOREXIA	*
1.8782	DEPRESIV	*

Page 67

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	1.7799

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.8670	1.8782

Page 68

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 16:50:57

Page 69

SPSS/PC+

5/4/97

GET FILE 'A:GRUPOMI.SYS'.

The SPSS/PC+ system file is read from
file A:GRUPOMI.SYS_

The file was created on 5/2/97 at 21:22:30
and is titled SPSS/PC+

The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
80 variables (including system variables).
80 variables will be used in this session.

Page 70

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 16:55:07
SET LISTING 'A:NOVAPI5.RES'.

Escala 7, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES MMPI7D BY GRUPO (1,3)/
RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 71 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7D
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	3201.4800	1600.7400	14.7918	.0000
Within Groups	147	15908.0200	108.2178		
Total	149	19109.5000			

Page 72 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	20.3400	11.8194	1.6715	16.9810 To 23.6990
DEPRESIV	50	28.9200	10.8831	1.5391	25.8270 To 32.0130
NORMAL	50	18.2400	8.1555	1.1534	15.9222 To 20.5578
Total	150	22.5000	11.3248	.9247	20.6728 To 24.3272

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	3.0000	41.0000
DEPRESIV	5.0000	66.0000
NORMAL	2.0000	40.0000
Total	2.0000	66.0000

Page 73 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4303, P = .128 (Approx.)
Bartlett-Box F = 3.427, P = .033
Maximum Variance / Minimum Variance 2.100

NPAR TESTS K-W=MMPI7D BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 86 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MMPI7D
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
66.98	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
99.46	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
60.06	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	23.4454	.0000	23.4745	.0000

Page 87 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 16:59:39
 COMPUTE MMPI7D=MMPI7D+.5.
 COMPUTE MMPI7D=LG10(MMPI7D).
 ONEWAY/VARIABLES MMPI7D BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 88 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7D
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1.3056	.6528	11.7598	.0000
Within Groups	147	8.1603	.0555		
Total	149	9.4659			

Page 89 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.2419	.2732	.0386	1.1642 To 1.3195
DEPRESIV	50	1.4304	.2031	.0287	1.3727 To 1.4882
NORMAL	50	1.2244	.2251	.0318	1.1604 To 1.2883
Total	150	1.2989	.2521	.0206	1.2582 To 1.3396

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.5441	1.6180
DEPRESIV	.7404	1.8228
NORMAL	.3979	1.6075
Total	.3979	1.8228

Page 90 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4481, P = .064 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.244, P = .106
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.808

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7D
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.1666 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7D
(Continued)

		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
Mean	Group	A V
1.2244	NORMAL	
1.2419	ANOREXIA	
1.4304	DEPRESIV	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.2244	1.2419

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.4304

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7D
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.1666 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 95 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7D
 (Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.2244	NORMAL	
1.2419	ANOREXIA	
1.4304	DEPRESIV	* *

 Page 96 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.2244	1.2419

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.4304

 Page 97 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7D
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.1666 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 98

SPSS/PC+

5/4/97

O N E W A Y

Variable MMPI7D
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.2244	NORMAL	
1.2419	ANOREXIA	
1.4304	DEPRESIV	* *

Page 99

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.2244	1.2419

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.4304

Page 100

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:01:50

Page 101

SPSS/PC+

5/4/97

GET FILE 'A:GRUPOMI.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:GRUPOMI.SYS_
The file was created on 5/2/97 at 21:22:30
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
80 variables (including system variables).
80 variables will be used in this session.

Page 102

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:02:43
SET LISTING 'A:NOVAPI7.RES'.

Escala 7, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES MMPI7T BY GRUPO (1,3) /
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 103 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7T
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	4315.3600	2157.6800	11.2861	.0000
Within Groups	147	28103.6000	191.1810		
Total	149	32418.9600			

Page 104 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	56.1200	15.9062	2.2495	51.5995 To 60.6405
DEPRESIV	50	66.0000	14.0291	1.9840	62.0130 To 69.9870
NORMAL	50	53.5600	11.1230	1.5730	50.3989 To 56.7211
Total	150	58.5600	14.7505	1.2044	56.1801 To 60.9399

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	33.0000	87.0000
DEPRESIV	29.0000	86.0000
NORMAL	32.0000	83.0000
Total	29.0000	87.0000

Page 105 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4411, P = .085 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 3.058, P = .047
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.045

NPAR TESTS K-W=MMPI7T BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 118 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MMPI7T
 by GRUPO

Mean Rank	Cases		
67.84	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
97.02	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
61.64	50	GRUPO = 3	NORMAL
	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	18.9109	.0001	18.9295	.0001

Page 119 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 17:06:00
 COMPUTE MMPI7T=MMPI7T+.5.
 COMPUTE MMPI7T=LG10(MMPI7T).
 ONEWAY/VARIABLES MMPI7T BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 120 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7T
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.2236	.1118	9.9695	.0001
Within Groups	147	1.6488	.0112		
Total	149	1.8725			

Page 121 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.7366	.1201	.0170	1.7024 To 1.7707
DEPRESIV	50	1.8114	.1059	.0150	1.7813 To 1.8415
NORMAL	50	1.7239	.0895	.0127	1.6984 To 1.7493
Total	150	1.7573	.1121	.0092	1.7392 To 1.7754

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.5250	1.9420
DEPRESIV	1.4698	1.9370
NORMAL	1.5119	1.9217
Total	1.4698	1.9420

Page 122 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4284, P = .137 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.062, P = .127
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.799

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7T
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0749 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7T
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.7239	NORMAL	
1.7366	ANOREXIA	
1.8114	DEPRESIV	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.7239	1.7366

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.8114

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7T
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 .0749 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 127 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7T
 (Continued)

		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
Mean	Group	A V
1.7239	NORMAL	
1.7366	ANOREXIA	
1.8114	DEPRESIV	* *

 Page 128 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.7239	1.7366

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.8114

 Page 129 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPI7T
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 .0749 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 130

SPSS/PC+

5/4/97

O N E W A Y

Variable MMPI7T
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.7239	NORMAL	
1.7366	ANOREXIA	
1.8114	DEPRESIV	* *

Page 131

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.7239	1.7366

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.8114

Page 132

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:07:05

Page 133

SPSS/PC+

5/4/97

GET FILE 'A:GRUPOMI.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:GRUPOMI.SYS_
The file was created on 5/2/97 at 21:22:30
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
80 variables (including system variables).
80 variables will be used in this session.

Page 134

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:09:15
SET LISTING 'A:NOVAPI9.RES'.
-

Escala F, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES MMPIFD BY GRUPO (1,3)/
RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 135 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	715.9600	357.9800	8.9411	.0002
Within Groups	147	5885.5400	40.0377		
Total	149	6601.5000			

Page 136 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	9.6400	6.7181	.9501	7.7307 To 11.5493
DEPRESIV	50	13.5000	7.4155	1.0487	11.3925 To 15.6075
NORMAL	50	8.3600	4.4710	.6323	7.0893 To 9.6307
Total	150	10.5000	6.6562	.5435	9.4261 To 11.5739

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.0000	27.0000
DEPRESIV	.0000	35.0000
NORMAL	1.0000	22.0000
Total	.0000	35.0000

Page 137 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4578, P = .043 (Approx.)
Bartlett-Box F = 6.252, P = .002
Maximum Variance / Minimum Variance 2.751

NPAR TESTS K-W=MMPIFD BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 150 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MMPIFD
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
67.83	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
95.45	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
63.22	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	16.0962	.0003	16.1582	.0003

Page 151 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 17:12:35
 COMPUTE MMPIFD=MMPIFD+.5.
 COMPUTE MMPIFD=LG10(MMPIFD).
 ONEWAY/VARIABLES MMPIFD BY GRUPO (1,3)/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 152 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.9385	.4692	5.8441	.0036
Within Groups	147	11.8032	.0803		
Total	149	12.7416			

Page 153 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.9166	.2898	.0410	.8342 To .9989
DEPRESIV	50	1.0673	.3105	.0439	.9790 To 1.1555
NORMAL	50	.8865	.2460	.0348	.8166 To .9564
Total	150	.9568	.2924	.0239	.9096 To 1.0039

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.1761	1.4393
DEPRESIV	-.3010	1.5502
NORMAL	.1761	1.3522
Total	-.3010	1.5502

Page 154 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4001, P = .342 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.343, P = .261
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.593

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.2004 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
(Continued)

		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
Mean	Group	
.8865	NORMAL	
.9166	ANOREXIA	
1.0673	DEPRESIV	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.8865	.9166

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.0673

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2004 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 159 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
 (Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
.8865	NORMAL	
.9166	ANOREXIA	
1.0673	DEPRESIV	* *

 Page 160 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.8865	.9166

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.0673

 Page 161 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.2004 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 162

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFD
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
.8865	NORMAL	
.9166	ANOREXIA	
1.0673	DEPRESIV	* *

Page 163

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	.8865	.9166

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.0673

Page 164

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:13:53

Page 165

SPSS/PC+

5/4/97

GET FILE 'A:GRUPOMI.SYS'.

The SPSS/PC+ system file is read from
file A:GRUPOMI.SYS_

The file was created on 5/2/97 at 21:22:30
and is titled SPSS/PC+

The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
80 variables (including system variables).
80 variables will be used in this session.

Page 166

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:15:48
SET LISTING 'A:NOVAPI11.RES'.

Escala F, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES MMPIFT BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 167 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFT
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	3464.8933	1732.4467	7.8154	.0006
Within Groups	147	32585.7800	221.6720		
Total	149	36050.6733			

Page 168 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	58.1800	15.4942	2.1912	53.7766	To 62.5834
DEPRESIV	50	66.6400	17.5845	2.4868	61.6425	To 71.6375
NORMAL	50	55.3200	10.7579	1.5214	52.2626	To 58.3774
Total	150	60.0467	15.5548	1.2700	57.5370	To 62.5563

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	38.0000	96.0000
DEPRESIV	36.0000	116.0000
NORMAL	38.0000	86.0000
Total	36.0000	116.0000

Page 169 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4650, P = .031 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 5.764, P = .003
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.672

NPART TESTS K-W=MMPIFT BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPART TESTS *****

Page 182 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

MMPIFT
 by GRUPO

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFT
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0715 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFT
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.7391	NORMAL	
1.7554	ANOREXIA	
1.8125	DEPRESIV	* *

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.7391	1.7554

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.8125

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFT
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.0715 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 191 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFT
 (Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.7391	NORMAL	
1.7554	ANOREXIA	
1.8125	DEPRESIV	* *

 Page 192 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.7391	1.7554

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.8125

 Page 193 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIFT
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $.0715 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 194

SPSS/PC+

5/4/97

O N E W A Y -----

Variable MMPIFT
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.7391	NORMAL	
1.7554	ANOREXIA	
1.8125	DEPRESIV	* *

Page 195

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.7391	1.7554

SUBSET 2

Group	DEPRESIV
Mean	1.8125

Page 196

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:19:58

Page 197

SPSS/PC+

5/4/97

GET FILE 'A:GRUPOMI.SYS'.

The SPSS/PC+ system file is read from
file A:GRUPOMI.SYS_

The file was created on 5/2/97 at 21:22:30
and is titled SPSS/PC+

The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
80 variables (including system variables).
80 variables will be used in this session.

Page 198

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 17:22:04
SET LISTING 'A:NOVAPI13.RES'.

Escala K, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES MMPIKD BY GRUPO (1,3)/
 RANGES SNK/RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFFE/OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 199 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	328.4133	164.2067	9.1685	.0002
Within Groups	147	2632.7600	17.9099		
Total	149	2961.1733			

Page 200 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	13.8400	4.5101	.6378	12.5582 To	15.1218
DEPRESIV	50	10.2600	3.6130	.5109	9.2332 To	11.2868
NORMAL	50	12.5400	4.5094	.6377	11.2584 To	13.8216
Total	150	12.2133	4.4580	.3640	11.4941 To	12.9326

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	5.0000	24.0000
DEPRESIV	3.0000	21.0000
NORMAL	5.0000	27.0000
Total	3.0000	27.0000

Page 201 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3786, P = .609 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.506, P = .222
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.558

Page 202 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKD
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.9925 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 203 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKD
 (Continued)

		D N A	
		E O N	
		P R O	
		R M R	
		E A E	
		S L X	
		I I	
Mean	Group	V A	
10.2600	DEPRESIV		
12.5400	NORMAL	*	
13.8400	ANOREXIA	*	

 Page 204 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group DEPRESIV
 Mean 10.2600

SUBSET 2

Group NORMAL ANOREXIA
 Mean 12.5400 13.8400

 Page 205 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKD
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.9925 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKD
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
10.2600	DEPRESIV	
12.5400	NORMAL	*
13.8400	ANOREXIA	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV
Mean	10.2600

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	12.5400	13.8400

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.9925 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKD
(Continued)

		D	N	A
		E	O	N
		P	R	O
		R	M	R
		E	A	E
		S	L	X
		I	J	
Mean	Group	V	A	
10.2600	DEPRESIV			
12.5400	NORMAL	*		
13.8400	ANOREXIA	*		

Page 210 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV
Mean	10.2600

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	12.5400	13.8400

Page 211 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 17:23:56

Page 212 SPSS/PC+ 5/4/97

FINISH

Escala K, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES MMPIKT BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/

ERROR 443, Text: MMPIKT
 UNDEFINED VARIABLE NAME--Check for a misspelled name.
 This command not executed.

 Page 3 SPSS/PC+ 5/5/97

GET FILE 'A:CBMI.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:CBMI.SYS
 The file was created on 5/4/97 at 18:29:48
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 15 variables (including system variables).
 15 variables will be used in this session.

 Page 10 SPSS/PC+ 5/5/97

This procedure was completed at 15:36:37
 SET LISTING 'A:NOVAPI14.RES'.
 ONEWAY/VARIABLES mmpikt BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/OPTIONS 1 6/STATISTICS 1 3.

 Page 11 SPSS/PC+ 5/5/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKT
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1370.3333	685.1667	6.6556	.0017
Within Groups	147	15133.1400	102.9465		
Total	149	16503.4733			

 Page 12 SPSS/PC+ 5/5/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
ANOREXIA	50	51.2800	9.7605	1.3803	48.5061	To 54.0539
DEPRESIV	50	43.8800	8.6841	1.2281	41.4120	To 46.3480
NORMAL	50	47.3800	11.7541	1.6623	44.0395	To 50.7205
Total	150	47.5133	10.5243	.8593	45.8153	To 49.2113

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	33.0000	73.0000
DEPRESIV	28.0000	70.0000
NORMAL	4.0000	80.0000
Total	4.0000	80.0000

 Page 13 SPSS/PC+ 5/5/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4473, P = .066 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.296, P = .101
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.832

Page 14 SPSS/PC+ 5/5/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKT
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $7.1745 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 15 SPSS/PC+ 5/5/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKT
 (Continued)

Mean	Group	D N A	E O N	P R O	R M R	E A E	S L X	I I	V A
43.8800	DEPRESIV								
47.3800	NORMAL								
51.2800	ANOREXIA	*							

Page 16 SPSS/PC+ 5/5/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	43.8800	47.3800

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	47.3800	51.2800

Page 17 SPSS/PC+ 5/5/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKT
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $7.1745 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 18

SPSS/PC+

5/5/97

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable MMPIKT
(Continued)

Mean	Group	D N A E O N P R O R M R E A E S L X I I V A
43.8800	DEPRESIV	
47.3800	NORMAL	
51.2800	ANOREXIA	*

Page 19

SPSS/PC+

5/5/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	43.8800	47.3800

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	47.3800	51.2800

Page 20

SPSS/PC+

5/5/97

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable MMPIKT
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $7.1745 * \text{Range} * \sqrt{(1/N(I) + 1/N(J))}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 21 SPSS/PC+ 5/5/97

----- O N E W A Y -----

Variable MMPIKT
(Continued)

Mean	Group	D N A	E O N	P R O	R M R	E A E	S L X	I I	V A
43.8800	DEPRESIV								
47.3800	NORMAL								
51.2800	ANOREXIA	*							

Page 22 SPSS/PC+ 5/5/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	DEPRESIV	NORMAL
Mean	43.8800	47.3800

SUBSET 2

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	47.3800	51.2800

Page 23 SPSS/PC+ 5/5/97

This procedure was completed at 15:38:57

finish

ANÁLISIS DE VARIANZA CBCL

Escala de ansiedad, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES ANSIEDD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 18 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDD
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	742.8400	371.4200	13.8623	.0000
Within Groups	147	3938.6600	26.7936		
Total	149	4681.5000			

Page 19 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Grp 1	50	12.4800	4.7606	.6732	11.1271 To 13.8329
Grp 2	50	13.6000	6.3407	.8967	11.7980 To 15.4020
Grp 3	50	8.4200	4.1850	.5918	7.2306 To 9.6094
Total	150	11.5000	5.6053	.4577	10.5956 To 12.4044

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	3.0000	22.0000
Grp 2	1.0000	28.0000
Grp 3	3.0000	25.0000
Total	1.0000	28.0000

Page 20 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .5002, P = .006 (Approx.)
Bartlett-Box F = 4.536, P = .011
Maximum Variance / Minimum Variance 2.296

Page 21 SPSS/PC+ 5/4/97

NPAR TESTS K-W=ANSIEDD BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 33 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

ANSIEDD
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
86.04	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
90.64	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
49.82	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	26.4841	.0000	26.6083	.0000

Page 34 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 18:41:28
 COMPUTE ANSIEDD=ANSIEDD+.5.
 COMPUTE ANSIEDD=LG10(ANSIEDD).
 ONEWAY/VARIABLES ANSIEDD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 35 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDD
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1.0802	.5401	13.0648	.0000
Within Groups	147	6.0768	.0413		
Total	149	7.1569			

Page 36 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.0812	.1755	.0248	1.0314 To 1.1311
DEPRESIV	50	1.0958	.2392	.0338	1.0278 To 1.1637
NORMAL	50	.9089	.1897	.0268	.8550 To .9629
Total	150	1.0287	.2192	.0179	.9933 To 1.0640

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	.5441	1.3522
DEPRESIV	.1761	1.4548
NORMAL	.5441	1.4065
Total	.1761	1.4548

Page 37 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4613, P = .037 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.610, P = .074
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.857

Page 38

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDD
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 .1438 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 39

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDD
 (Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
.9089	NORMAL	
1.0812	ANOREXIA	*
1.0958	DEPRESIV	*

Page 40

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group NORMAL
 Mean .9089

SUBSET 2

Group ANOREXIA DEPRESIV
 Mean 1.0812 1.0958

Page 41

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.1438 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 42 SPSS/PC+ 5/4/97

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable ANSIEDD
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
.9089	NORMAL	
1.0812	ANOREXIA	*
1.0958	DEPRESIV	*

Page 43 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group NORMAL
Mean .9089

SUBSET 2

Group ANOREXIA DEPRESIV
Mean 1.0812 1.0958

Page 44 SPSS/PC+ 5/4/97

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable ANSIEDD
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.1438 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 45 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDD
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
.9089	NORMAL	
1.0812	ANOREXIA	*
1.0958	DEPRESIV	*

Page 46 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	.9089

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.0812	1.0958

Page 47 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 18:44:02

Page 48 SPSS/PC+ 5/4/97

GET FILE 'A:CBMI.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:CBMI.SYS
The file was created on 5/4/97 at 18:29:48
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
15 variables (including system variables).
15 variables will be used in this session.

Page 49 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 18:45:16
SET LISTING 'A:NOVACB3.RES'.

Escala de ansiedad, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES ANSIEDT BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 50 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDT
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	1324.1733	662.0867	11.2829	.0000
Within Groups	147	8626.0200	58.6804		
Total	149	9950.1933			

Page 51 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
Grp 1	50	67.2800	8.7226	1.2336	64.8011 To	69.7589
Grp 2	50	69.8400	8.1099	1.1469	67.5352 To	72.1448
Grp 3	50	62.6600	5.8471	.8269	60.9983 To	64.3217
Total	150	66.5933	8.1719	.6672	65.2749 To	67.9118

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	24.0000	80.0000
Grp 2	55.0000	88.0000
Grp 3	55.0000	84.0000
Total	24.0000	88.0000

Page 52 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4322, P = .119 (Approx.)
Bartlett-Box F = 4.042, P = .018
Maximum Variance / Minimum Variance 2.225

Page 53 SPSS/PC+ 5/4/97

NPAR TESTS K-W=ANSIEDT BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 65 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

ANSIEDT
by GRUPO

Mean Rank	Cases		
84.19	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
91.41	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
50.90	50	GRUPO = 3	NORMAL
	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	24.7365	.0000	24.8707	.0000

Page 66 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 18:47:55
 COMPUTE ANSIEDT=ANSIEDT+.5.
 COMPUTE ANSIEDT=LG10(ANSIEDT).
 ONEWAY/VARIABLES ANSIEDT BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 67 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDT
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.0528	.0264	8.3220	.0004
Within Groups	147	.4661	.0032		
Total	149	.5189			

Page 68 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	1.8261	.0740	.0105	1.8051 To 1.8471
DEPRESIV	50	1.8444	.0504	.0071	1.8300 To 1.8587
NORMAL	50	1.7987	.0387	.0055	1.7877 To 1.8097
Total	150	1.8231	.0590	.0048	1.8135 To 1.8326

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	1.3892	1.9058
DEPRESIV	1.7443	1.9469
NORMAL	1.7443	1.9269
Total	1.3892	1.9469

Page 69 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .5757, P = .000 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 10.333, P = .000
 Maximum Variance / Minimum Variance 3.651

O N E W A Y

Variable ANSIEDT
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0398 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

O N E W A Y

Variable ANSIEDT
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I I
		A V
1.7987	NORMAL	
1.8261	ANOREXIA	*
1.8444	DEPRESIV	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	1.7987

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.8261	1.8444

O N E W A Y

Variable ANSIEDT
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure

Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.

The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..

.0398 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 74

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDT
(Continued)

Mean	Group	
		N A D
		O N E
		R O P
		M R R
		A E E
		L X S
		I I
		A V
1.7987	NORMAL	
1.8261	ANOREXIA	*
1.8444	DEPRESIV	*

Page 75

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size).

SUBSET 1

Group	NORMAL
Mean	1.7987

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.8261	1.8444

Page 76

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDT
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure

Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.

The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
.0398 * Range * Sqrt(1/N(I) + 1/N(J))

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 77 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ANSIEDT
(Continued)

Mean	Group	N A D O N E R O P M R R A E E L X S I I A V
1.7987	NORMAL	
1.8261	ANOREXIA	
1.8444	DEPRESIV	*

Page 78 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
do not differ by more than the shortest
significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	NORMAL	ANOREXIA
Mean	1.7987	1.8261

SUBSET 2

Group	ANOREXIA	DEPRESIV
Mean	1.8261	1.8444

Page 79 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 18:49:24

Page 80 SPSS/PC+ 5/4/97

GET FILE 'A:CBMI.SYS'.
The SPSS/PC+ system file is read from
file A:CBMI.SYS_
The file was created on 5/4/97 at 18:29:48
and is titled SPSS/PC+
The SPSS/PC+ system file contains
150 cases, each consisting of
15 variables (including system variables).
15 variables will be used in this session.

Page 81 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 18:52:25
SET LISTING 'A:NOVACB5.RES'.
--

Escala de quejas somáticas, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES QSD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 82 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable QSD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	10.3600	5.1800	2.0613	.1309
Within Groups	147	369.4000	2.5129		
Total	149	379.7600			

Page 83 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
Grp 1	50	1.0800	1.5887	.2247	.6285 To	1.5315
Grp 2	50	1.3400	1.8584	.2628	.8119 To	1.8681
Grp 3	50	.7000	1.2495	.1767	.3449 To	1.0551
Total	150	1.0400	1.5965	.1304	.7824 To	1.2976

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	.0000	8.0000
Grp 2	.0000	7.0000
Grp 3	.0000	6.0000
Total	.0000	8.0000

Page 84 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4581, P = .042 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 3.730, P = .024
 Maximum Variance / Minimum Variance 2.212

Page 85 SPSS/PC+ 5/4/97

NPAR TESTS K-W=QSD BY GRUPO (1,3).

***** WORKSPACE allows for 9648 cases for NPAR TESTS *****

Page 94 SPSS/PC+ 5/4/97

----- Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

QSD
 by GRUPO

Mean Rank	Cases		
78.52	50	GRUPO = 1	ANOREXIA
81.36	50	GRUPO = 2	DEPRESIVA
66.62	50	GRUPO = 3	NORMAL

	150	Total	

CASES	Chi-Square	Significance	Corrected for Ties	
			Chi-Square	Significance
150	3.2401	.1979	3.8428	.1464

Page 95 SPSS/PC+ 5/4/97

This procedure was completed at 18:55:36
 COMPUTE QSD=QSD+.5.
 COMPUTE QSD=LG10(QSD).
 ONEWAY/VARIABLES QSD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS 6/STATISTICS 1 3.

Page 96 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable QSD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	.5487	.2744	2.0752	.1292
Within Groups	147	19.4358	.1322		
Total	149	19.9845			

Page 97 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
ANOREXIA	50	.0391	.3625	.0513	-.0640 To .1421
DEPRESIV	50	.0768	.3982	.0563	-.0364 To .1899
NORMAL	50	-.0662	.3266	.0462	-.1590 To .0267
Total	150	.0166	.3662	.0299	-.0425 To .0757

Group	Minimum	Maximum
ANOREXIA	-.3010	.9294
DEPRESIV	-.3010	.8751
NORMAL	-.3010	.8129
Total	-.3010	.9294

Page 98 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .3997, P = .347 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .946, P = .388
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.486

Page 99 SPSS/PC+ 5/4/97

Escala de quejas somáticas, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES QST BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 108 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable QST
By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	142.3333	71.1667	1.8959	.1538
Within Groups	147	5517.8600	37.5365		
Total	149	5660.1933			

Page 109 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
Grp 1	50	60.9600	6.1775	.8736	59.2044 To	62.7156
Grp 2	50	61.5600	6.8932	.9749	59.6010 To	63.5190
Grp 3	50	59.2600	5.1895	.7339	57.7852 To	60.7348
Total	150	60.5933	6.1634	.5032	59.5989 To	61.5877

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	56.0000	82.0000
Grp 2	56.0000	79.0000
Grp 3	56.0000	77.0000
Total	56.0000	82.0000

Page 110 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4220, P = .171 (Approx.)
Bartlett-Box F = 1.936, P = .145
Maximum Variance / Minimum Variance 1.764

Page 111 SPSS/PC+ 5/4/97

Escala esquizoidia, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES ESQUIZOD BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 120 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ESQUIZOD
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	9.0533	4.5267	1.5092	.2245
Within Groups	147	440.9200	2.9995		
Total	149	449.9733			

Page 121 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
Grp 1	50	2.0400	1.9268	.2725	1.4924 To	2.5876
Grp 2	50	2.3000	1.7173	.2429	1.8120 To	2.7880
Grp 3	50	1.7000	1.5286	.2162	1.2656 To	2.1344
Total	150	2.0133	1.7378	.1419	1.7330 To	2.2937

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	.0000	8.0000
Grp 2	.0000	7.0000
Grp 3	.0000	8.0000
Total	.0000	8.0000

Page 122 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variiances) = .4126, P = .234 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 1.295, P = .274
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.589

Page 123 SPSS/PC+ 5/4/97

Escala esquizoidea, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES ESQUIZOT BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 132 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable ESQUIZOT
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	112.3600	56.1800	1.4184	.2454
Within Groups	147	5822.2800	39.6073		
Total	149	5934.6400			

Page 133 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Grp 1	50	62.6800	6.8376	.9670	60.7368 To 64.6232
Grp 2	50	63.7400	6.3336	.8957	61.9400 To 65.5400
Grp 3	50	61.6200	5.6528	.7994	60.0135 To 63.2265
Total	150	62.6800	6.3111	.5153	61.6618 To 63.6982

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	55.0000	80.0000
Grp 2	55.0000	78.0000
Grp 3	55.0000	80.0000
Total	55.0000	80.0000

Page 134 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .3935, P = .413 (Approx.)
 Bartlett-Box F = .877, P = .416
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.463

Page 135 SPSS/PC+ 5/4/97

Escala depresión, puntuaciones directas

ONEWAY/VARIABLES DEPRED BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 144 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRED
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	220.6533	110.3267	6.8510	.0014
Within Groups	147	2367.2400	16.1037		
Total	149	2587.8933			

Page 145 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Grp 1	50	10.6200	3.4160	.4831	9.6492 To 11.5908
Grp 2	50	10.4800	4.5636	.6454	9.1830 To 11.7770
Grp 3	50	7.9800	3.9769	.5624	6.8498 To 9.1102
Total	150	9.6933	4.1675	.3403	9.0209 To 10.3657

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	4.0000	18.0000
Grp 2	2.0000	21.0000
Grp 3	2.0000	18.0000
Total	2.0000	21.0000

Page 146 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4311, P = .124 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.015, P = .134
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.785

Page 147 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRED
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.8376 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 148

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRE
 (Continued)

		G G G
		r r r
		p p p
Mean	Group	3 2 1
7.9800	Grp 3	
10.4800	Grp 2	*
10.6200	Grp 1	*

Page 149

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	Grp 3
Mean	7.9800

SUBSET 2

Group	Grp 2	Grp 1
Mean	10.4800	10.6200

Page 150

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRE
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.8376 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 151

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRE
(Continued)

Mean	Group	G G G r r r P P P
		3 2 1
7.9800	Grp 3	
10.4800	Grp 2	*
10.6200	Grp 1	*

Page 152

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	Grp 3
Mean	7.9800

SUBSET 2

Group	Grp 2	Grp 1
Mean	10.4800	10.6200

Page 153

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRE
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $2.8376 * \text{Range} * \text{Sqrt}(1/N(I) + 1/N(J))$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 154

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRE
(Continued)

Mean	Group	G G G r r r P P P
		3 2 1
7.9800	Grp 3	
10.4800	Grp 2	*
10.6200	Grp 1	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	Grp 3
Mean	7.9800

SUBSET 2

Group	Grp 2	Grp 1
Mean	10.4800	10.6200

This procedure was completed at 19:04:46

GET FILE 'A:CBMI.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:CBMI.SYS
 The file was created on 5/4/97 at 18:29:48
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 15 variables (including system variables).
 15 variables will be used in this session.

This procedure was completed at 19:05:50
SET LISTING 'A:NOVACB11.RES'.

Escala depresión, puntuaciones típicas

ONEWAY/VARIABLES DEPRET BY GRUPO (1,3)/RANGES SNK/
 RANGES TUKEY/RANGES SCHEFFE/
 OPTIONS6/STATISTICS 1 3.

Page 159 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRET
 By Variable GRUPO

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	2	878.6533	439.3267	7.2125	.0010
Within Groups	147	8954.0400	60.9118		
Total	149	9832.6933			

Page 160 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
Grp 1	50	71.0200	6.6194	.9361	69.1388 To	72.9012
Grp 2	50	70.5800	8.8712	1.2546	68.0588 To	73.1012
Grp 3	50	65.6800	7.7603	1.0975	63.4746 To	67.8854
Total	150	69.0933	8.1235	.6633	67.7827 To	70.4040

Group	Minimum	Maximum
Grp 1	57.0000	85.0000
Grp 2	55.0000	91.0000
Grp 3	55.0000	85.0000
Total	55.0000	91.0000

Page 161 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Tests for Homogeneity of Variances

Cochrans C = Max. Variance/Sum(Variances) = .4307, P = .126 (Approx.)
 Bartlett-Box F = 2.055, P = .128
 Maximum Variance / Minimum Variance 1.796

Page 162 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRET
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Student-Newman-Keuls Procedure
 Ranges for the .050 level -

2.81 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $5.5187 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 163 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRET
 (Continued)

		G G G
		r r r
		p p p
Mean	Group	3 2 1
65.6800	Grp 3	
70.5800	Grp 2	*
71.0200	Grp 1	*

 Page 164 SPSS/PC+ 5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means
 do not differ by more than the shortest
 significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	Grp 3
Mean	65.6800

SUBSET 2

Group	Grp 2	Grp 1
Mean	70.5800	71.0200

 Page 165 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRET
 By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Tukey-HSD Procedure
 Ranges for the .050 level -

3.35 3.35

The ranges above are table ranges.
 The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $5.5187 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

 Page 166 SPSS/PC+ 5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRET
(Continued)

Mean	Group	G G G r r r P P P
65.6800	Grp 3	3 2 1
70.5800	Grp 2	*
71.0200	Grp 1	*

Page 167

SPSS/PC+

5/4/97

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	Grp 3
Mean	65.6800

SUBSET 2

Group	Grp 2	Grp 1
Mean	70.5800	71.0200

Page 168

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRET
By Variable GRUPO

Multiple Range Test

Scheffe Procedure
Ranges for the .050 level -

3.50 3.50

The ranges above are table ranges.
The value actually compared with Mean(J)-Mean(I) is..
 $5.5187 * \text{Range} * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$

(*) Denotes pairs of groups significantly different at the .050 level

Page 169

SPSS/PC+

5/4/97

----- O N E W A Y -----

Variable DEPRET
(Continued)

Mean	Group	G G G r r r P P P
65.6800	Grp 3	3 2 1
70.5800	Grp 2	*
71.0200	Grp 1	*

Homogeneous Subsets (Subsets of groups, whose highest and lowest means do not differ by more than the shortest significant range for a subset of that size)

SUBSET 1

Group	Grp 3
Mean	65.6800

SUBSET 2

Group	Grp 2	Grp 1
Mean	70.5800	71.0200

Page 171

SPSS/PC+

5/4/97

This procedure was completed at 19:07:11

Page 172

SPSS/PC+

5/4/97

FINISH

JI-CUADRADO RORSCHACH

DEPI ≥ 5

CROSSTABS/TABLES SIDE BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

[SIDE = DEPI ≥ 5]

Page 76 SPSS/PC+ 3/6/97

SIDE DEPRESSION by GRUPO (SIDE = DEPI ≥ 5).

Page 1 of 1

SIDE	Count ^a	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	23	12	32	67 44.7%
	22.3	22.3	22.3	22.3	
	.7	-10.3	9.7		
	.1	-2.2	2.0		
	.2	-3.6	3.4		
PRESENCIA	1.00	27	38	18	83 55.3%
	27.7	27.7	27.7	27.7	
	-.7	10.3	-9.7		
	-.1	2.0	-1.8		
	-.2	3.6	-3.4		

Page 77 SPSS/PC+ 3/6/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	16.23809	2	.00030
Likelihood Ratio	16.79005	2	.00023
Mantel-Haenszel test for linear association	3.25544	1	.07119
Minimum Expected Frequency -	22.333		

Number of Missing Observations: 0

Page 78 SPSS/PC+ 3/6/97

This procedure was completed at 19:25:47

DEPI ≥ 6

crosstabs/tables mide by grupo/
cells=count row col total.
Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

[MIDE = DEPI ≥ 6]

Page 19 SPSS/PC+ 3/8/97

MIDE REDEPRE by GRUPO

Page 1 of 1

MIDE	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		1	2	3	
.00		32	25	40	97
AUSENCIA		33.0	25.8	41.2	64.7
		64.0	50.0	80.0	
		21.3	16.7	26.7	
1.00		18	25	10	53
PRESENCIA		34.0	47.2	18.9	35.3
		36.0	50.0	20.0	
		12.0	16.7	6.7	
	Column	50	50	50	150
	Total	33.3	33.3	33.3	100.0

Page 20 SPSS/PC+ 3/8/97
Number of Missing Observations: 0

Page 21 SPSS/PC+ 3/8/97

This procedure was completed at 20:55:49

Page 22 SPSS/PC+ 3/8/97

Finish

CROSSTABS/TABLES SIDE BY GRUPO/
CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
STATISTICS=CHISQS.
Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 76 SPSS/PC+ 3/6/97

SIDE DEPRESON by GRUPO

Page 1 of 1

SIDE	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		1	2	3	
.00		23	12	32	67
AUSENCIA		22.3	22.3	22.3	44.7%
		.7	-10.3	9.7	
		.1	-2.2	2.0	
		.2	-3.6	3.4	
1.00		27	38	18	83
PRESENCIA		27.7	27.7	27.7	55.3%
		-.7	10.3	-9.7	
		-.1	2.0	-1.8	
		-.2	3.6	-3.4	

		SPSS/PC+			
Column	50	50	50	150	
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	16.23809	2	.00030
Likelihood Ratio	16.79005	2	.00023
Mantel-Haenszel test for linear association	3.25544	1	.07119
Minimum Expected Frequency -	22.333		

Number of Missing Observations: 0

This procedure was completed at 19:25:47

CDI ≥ 4

SET LISTING 'a:ROJIS.RES'.
 CROSSTABS/TABLES INDEF BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

[INDEF = CDI ≥ 4]

Page 9 SPSS/PC+ 3/9/97
 INDEF INDEFENSION by GRUPO

Page 1 of 1

INDEF	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	26	20	17	63
		41.3	31.7	27.0	42.0
		52.0	40.0	34.0	
		17.3	13.3	11.3	
PRESENCIA	1.00	24	30	33	87
		27.6	34.5	37.9	58.0
		48.0	60.0	66.0	
		16.0	20.0	22.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 10 SPSS/PC+ 3/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 11 SPSS/PC+ 3/9/97

This procedure was completed at 18:14:22
 CROSSTABS/TABLES INDEF BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 17 SPSS/PC+ 3/9/97
 INDEF INDEFENSION by GRUPO

Page 1 of 1

INDEF	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	26	20	17	63
		21.0	21.0	21.0	42.0%
		5.0	-1.0	-4.0	
		1.1	-.2	-.9	
		1.8	-.4	-1.4	
PRESENCIA	1.00	24	30	33	87
		29.0	29.0	29.0	58.0%
		-5.0	1.0	4.0	
		-.9	.2	.7	
		-1.8	.4	1.4	

Page 18 SPSS/PC+ 3/9/97
 Column Total 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.44828	2	.17833
Likelihood Ratio	3.44819	2	.17833
Mantel-Haenszel test for linear association	3.30296	1	.06916
Minimum Expected Frequency -	21.000		

Number of Missing Observations: 0

Page 19 SPSS/PC+ 3/9/97

This procedure was completed at 18:14:33

Page 20 SPSS/PC+ 3/9/97

DEPI ≥ 5 y CDI ≥ 4

get FILE 'A:ROAL4.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:ROAL4.SYS
 The file was created on 3/11/97 at 22:23:52
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 126 variables (including system variables).
 126 variables will be used in this session.

Page 4 SPSS/PC+ 3/12/97

This procedure was completed at 16:52:58
 SET LISTING 'a:ROJI9.RES'.
 CROSSTABS/TABLES INDO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 5 SPSS/PC+ 3/12/97
 INDO REDE by GRUPO

Page 1 of 1

INDO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	39	27	40	106
		36.8	25.5	37.7	70.7
		78.0	54.0	80.0	
		26.0	18.0	26.7	
PRESENCIA	1.00	11	23	10	44
		25.0	52.3	22.7	29.3
		22.0	46.0	20.0	
		7.3	15.3	6.7	
	Column	50	50	50	150
	Total	33.3	33.3	33.3	100.0

Page 6 SPSS/PC+ 3/12/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 7 SPSS/PC+ 3/12/97

This procedure was completed at 16:53:25
 CROSSTABS /TABLES INDO BY GRUPO/
 CELLS COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 8 SPSS/PC+ 3/12/97
 INDO REDE by GRUPO

Page 1 of 1

INDO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	39	27	40	106
		35.3	35.3	35.3	70.7%
		3.7	-8.3	4.7	
		.6	-1.4	.8	
PRESENCIA	1.00	11	23	10	44
		14.7	14.7	14.7	29.3%
		-3.7	8.3	-4.7	
		-1.0	2.2	-1.2	
		-1.4	3.2	-1.8	

DEPI ≥ 6 y CDI ≥ 4

This procedure was completed at 20:22:29
 SET LISTING 'a:ROJ110.RES'.
 CROSSTABS/TABLES PIDE BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 1 of 1

PIDE	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
.00	43	33	42	118	
	36.4	28.0	35.6	78.7	
	86.0	66.0	84.0		
	28.7	22.0	28.0		
1.00	7	17	8	32	
	21.9	53.1	25.0	21.3	
	14.0	34.0	16.0		
	4.7	11.3	5.3		
Column	50	50	50	150	
Total	33.3	33.3	33.3	100.0	

This procedure was completed at 20:22:36
 CROSSTABS/TABLES PIDE BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 1 of 1

PIDE	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
.00	43	33	42	118	
	39.3	39.3	39.3	78.7%	
	3.7	-6.3	2.7		
	.6	-1.0	.4		
1.00	7	17	8	32	
	10.7	10.7	10.7	21.3%	
	-3.7	6.3	-2.7		
	-1.1	1.9	-.8		
	-1.6	2.7	-1.1		

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	7.22987	2	.02692
Likelihood Ratio	6.93503	2	.03119
Mantel-Haenszel test for linear association	.05919	1	.80778
Minimum Expected Frequency -	10.667		

Number of Missing Observations: 0

Page 25 SPSS/PC+ 3/12/97

This procedure was completed at 20:22:52

Page 26 SPSS/PC+ 3/12/97

get FILE 'A:ROAL6.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:ROAL6.SYS_
 The file was created on 3/12/97 at 19:21:13
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 126 variables (including system variables).
 126 variables will be used in this session.

Page 27 SPSS/PC+ 3/12/97

This procedure was completed at 20:24:50
 SET LISTING 'a:ROJ111.RES'.

DEPI ≥ 5 y CDI < 4

CROSSTABS/TABLES PIDE BY GRUPO/
CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 23 SPSS/PC+ 3/14/97

PIDE TREDEP by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

PIDE	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	34	35	42	111
		30.6	31.5	37.8	74.0
		68.0	70.0	84.0	
		22.7	23.3	28.0	
PRESENCIA	1.00	16	15	8	39
		41.0	38.5	20.5	26.0
		32.0	30.0	16.0	
		10.7	10.0	5.3	
Column	50	50	50	150	
Total	33.3	33.3	33.3	100.0	

Page 24 SPSS/PC+ 3/14/97

Number of Missing Observations: 0

Page 25 SPSS/PC+ 3/14/97

This procedure was completed at 21:18:37

CROSSTABS/TABLES PIDE BY GRUPO/

CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/

STATISTICS=CHISQ.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 26 SPSS/PC+ 3/14/97

PIDE TREDEP by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

PIDE	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	34	35	42	111
		37.0	37.0	37.0	74.0%
		-3.0	-2.0	5.0	
		-.5	-.3	.8	
PRESENCIA	1.00	16	15	8	39
		13.0	13.0	13.0	26.0%
		3.0	2.0	-5.0	
		.8	.6	-1.4	
		1.2	.8	-2.0	

Page 27 SPSS/PC+ 3/14/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.95010	2	.13875
Likelihood Ratio	4.17671	2	.12389
Mantel-Haenszel test for linear association	3.30423	1	.06910
Minimum Expected Frequency -	13.000		
Number of Missing Observations:	0		

DEPI ≥ 6 y CDI < 4

CROSSTABS/TABLES PIDE BY GRUPO/
CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

[DEPI ≥ 6 y CDI ≥ 4 = PIDE]

Page 31 SPSS/PC+ 3/14/97

PIDE TREDEPRE by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

PIDE	Count	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	39	42	48	129
	Row Pct	30.2	32.6	37.2	86.0
	Col Pct	78.0	84.0	96.0	
	Tot Pct	26.0	28.0	32.0	
PRESENCIA	1.00	11	8	2	21
	Row Pct	52.4	38.1	9.5	14.0
	Col Pct	22.0	16.0	4.0	
	Tot Pct	7.3	5.3	1.3	
Column Total		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 32 SPSS/PC+ 3/14/97
Number of Missing Observations: 0

Page 33 SPSS/PC+ 3/14/97

This procedure was completed at 21:40:47
CROSSTABS/TABLES PIDE BY GRUPO/
CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
STATISTICS=CHISQ.
Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 34 SPSS/PC+ 3/14/97

PIDE TREDEPRE by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

PIDE	Count	Exp Val	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
			1	2	3	
AUSENCIA	.00	39	42	48	129	
	Residual	43.0	43.0	43.0	86.0%	
	Std Res	-4.0	-1.0	5.0		
	Adj Res	-.6	-.2	.8		
PRESENCIA	1.00	11	8	2	21	
	Residual	7.0	7.0	7.0	14.0%	
	Std Res	4.0	1.0	-5.0		
	Adj Res	1.5	.4	-1.9		
		2.0	.5	-2.5		

Page 35 SPSS/PC+ 3/14/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	6.97674	2	.03055
Likelihood Ratio	8.03685	2	.01798
Mantel-Haenszel test for linear association	6.68272	1	.00973
Minimum Expected Frequency -	7.000		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES PIDE BY FIGRU/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

ESTADÍSTICO Φ

[IF(GRUPO EQ 1) FIGRU = 1]
 [IF(GRUPO EQ 0) FIGRU = 0]

PIDE TREDEPRE by FIGRU PATO
 FIGRU Page 1 of 1

PIDE	Count	FIGRU		Row Total
		DEPRE	ANOR	
AUSENCIA	.00	42	39	81
		51.9	48.1	81.0
		84.0	78.0	
		42.0	39.0	
PRESENCIA	1.00	8	11	19
		42.1	57.9	19.0
		16.0	22.0	
		8.0	11.0	
Column Total		50	50	100
Total		50.0	50.0	100.0

Page 53 SPSS/PC+ 3/14/97
 This procedure was completed at 22:18:55
 CROSSTABS/TABLES PIDE BY FIGRU/
 STATISTICS=PHI.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

PIDE TREDEPRE by FIGRU PATO
 FIGRU Page 1 of 1

PIDE	Count	FIGRU		Row Total
		DEPRE	ANOR	
AUSENCIA	.00	42	39	81
				81.0
PRESENCIA	1.00	8	11	19
				19.0
Column Total		50	50	100
Total		50.0	50.0	100.0

Statistic	Value	ASE1	T-value	Approximate Significance
-----------	-------	------	---------	--------------------------

Phi .07647 .44444 *1
 Cramer's V .07647 .44444 *1
 *1 Pearson chi-square probability
 Number of Missing Observations: 50

DEPI < 5 y CDI ≥ 4

CROSSTABS/TABLES MIDE BY GRUPO/
CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 39 SPSS/PC+ 3/14/97

MIDE INDEFENS by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

MIDE	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	37	43	27	107
		34.6	40.2	25.2	71.3
		74.0	86.0	54.0	
		24.7	28.7	18.0	
PRESENCIA	1.00	13	7	23	43
		30.2	16.3	53.5	28.7
		26.0	14.0	46.0	
		8.7	4.7	15.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 40 SPSS/PC+ 3/14/97

Number of Missing Observations: 0

Page 41 SPSS/PC+ 3/14/97

This procedure was completed at 21:46:35

CROSSTABS/TABLES MIDE BY GRUPO/

CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
STATISTICS=CHISQ.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 42 SPSS/PC+ 3/14/97

MIDE INDEFENS by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

MIDE	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	37	43	27	107
		35.7	35.7	35.7	71.3%
		1.3	7.3	-8.7	
		.2	1.2	-1.5	
PRESENCIA	1.00	13	7	23	43
		14.3	14.3	14.3	28.7%
		-1.3	-7.3	8.7	
		-.4	-1.9	2.3	
		-.5	-2.8	3.3	

Page 43 SPSS/PC+ 3/14/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	12.77983	2	.00168
Likelihood Ratio	12.94559	2	.00154
Mantel-Haenszel test for linear association	4.85764	1	.02752
Minimum Expected Frequency -	14.333		

Number of Missing Observations: 0

C' > 2

CROSSTABS/TABLES SOM BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 52 SPSS/PC+ 3/12/97
 SOM RETIENE by GRUPO

Page 1 of 1

SOM	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	33	24	37	94
		35.1	25.5	39.4	62.7
		66.0	48.0	74.0	
		22.0	16.0	24.7	
PRESENCIA	1.00	17	26	13	56
		30.4	46.4	23.2	37.3
		34.0	52.0	26.0	
		11.3	17.3	8.7	
Column	50	50	50	150	
Total	33.3	33.3	33.3	100.0	

Page 53 SPSS/PC+ 3/12/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 54 SPSS/PC+ 3/12/97

This procedure was completed at 20:34:39
 CROSSTABS/TABLES SOM BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 55 SPSS/PC+ 3/12/97
 SOM RETIENE by GRUPO

Page 1 of 1

SOM	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	33	24	37	94
		31.3	31.3	31.3	62.7%
		1.7	-7.3	5.7	
		.3	-1.3	1.0	
PRESENCIA	1.00	17	26	13	56
		18.7	18.7	18.7	37.3%
		-1.7	7.3	-5.7	
		-.4	1.7	-1.3	
	-.6	2.6	-2.0		

Page 56 SPSS/PC+ 3/12/97
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	7.57979	2	.02260
Likelihood Ratio	7.56784	2	.02273
Mantel-Haenszel test for linear association	.67933	1	.40982
Minimum Expected Frequency -	18.667		
Number of Missing Observations:	0		

Sum SH > FM+m

CROSSTABS/TABLES PENA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 22 SPSS/PC+ 3/19/97

PENA sufre by GRUPO Page 1 of 1

PENA	Count ³	GRUPO			Total	
		1	2	3		
ausencia	.00	27	19	36	82	
		32.9	23.2	43.9		54.7
		54.0	38.0	72.0		
		18.0	12.7	24.0		
presencia	1.00	23	31	14	68	
		33.8	45.6	20.6		45.3
		46.0	62.0	28.0		
		15.3	20.7	9.3		
Column Total		50	50	50	150	
Total		33.3	33.3	33.3	100.0	

Page 23 SPSS/PC+ 3/19/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 24 SPSS/PC+ 3/19/97

This procedure was completed at 22:07:29
 CROSSTABS/TABLES PENA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 25 SPSS/PC+ 3/19/97

PENA sufre by GRUPO Page 1 of 1

PENA	Count ³	Exp Val ³	GRUPO			Total	
			1	2	3		
ausencia	.00		27	19	36	82	
			27.3	27.3	27.3		54.7%
			-.3	-8.3	8.7		
			-.1	-1.6	1.7		
			-.1	-2.9	3.0		
23	31	14	68				
22.7	22.7	22.7		45.3%			
.3	8.3	-8.7					
.1	1.8	-1.8					
.1	2.9	-3.0					

Page 26 SPSS/PC+ 3/19/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	11.67504	2	.00292
Likelihood Ratio	11.93946	2	.00255
Mantel-Haenszel test for linear association	3.24668	1	.07157
Minimum Expected Frequency -	22.667		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/MITO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 36 SPSS/PC+ 3/23/97
 MITO DIMENSI by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			Row
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		A			
MITO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	1	2	3	Total
AUSENCIA	.00	48	50	40	138
		34.8	36.2	29.0	92.0
		96.0	100.0	80.0	
		32.0	33.3	26.7	
PRESENCIA	1.00	2		10	12
		16.7		83.3	8.0
		4.0		20.0	
		1.3		6.7	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 37 SPSS/PC+ 3/23/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 38 SPSS/PC+ 3/23/97

This procedure was completed at 20:23:35
 CROSSTABS/MITO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 39 SPSS/PC+ 3/23/97
 MITO DIMENSI by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			Row
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		A			
MITO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	1	2	3	Total
AUSENCIA	.00	48	50	40	138
		46.0	46.0	46.0	92.0%
		2.0	4.0	-6.0	
		.3	.6	-.9	
		1.3	2.6	-3.8	
PRESENCIA	1.00	2	0	10	12
		4.0	4.0	4.0	8.0%
		-2.0	-4.0	6.0	
		-1.0	-2.0	3.0	
		-1.3	-2.6	3.8	

Page 40 SPSS/PC+ 3/23/97
 Column Total 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	15.21739	2	.00050
Likelihood Ratio	16.79615	2	.00023
Mantel-Haenszel test for linear association	8.63768	1	.00329
Minimum Expected Frequency -	4.000		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	
Number of Missing Observations:	0		

ESTADÍSTICO φ

This procedure was completed at 21:08:19
 [IF (GRUPO EQ 1)FIGRU=1]
 [IF (GRUPO EQ 3)FIGRU=0]
 VARIABLE LABELS FIGRU 'PATO'.
 VALUE LABELS FIGRU 1 'ANOR' 0 'NORMAL'.
 SAVE OUTFILE 'A:ROAL17.SYS'.
 The raw data or transformation pass is proceeding
 150 cases are written to the compressed active file.
 The SPSS/PC+ system file is written to
 file A:ROAL17.SYS
 127 variables (including system variables) will be saved.
 0 variables have been dropped.

Page 50 SPSS/PC+ 3/23/97

This procedure was completed at 21:13:20
 SET LISTING 'A:ROJI22.RES'.
 CROSSTABS/MITO BY FIGRU/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 51 SPSS/PC+ 3/23/97

MITO DIMENSI by FIGRU PATO
 FIGRU Page 1 of 1

MITO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	FIGRU		Total
		³ NORMAL	ANOR	
		.00	1.00	
AUSENCIA	.00	40	48	88
		45.5	54.5	88.0
		80.0	96.0	
		40.0	48.0	
PRESENCIA	1.00	10	2	12
		83.3	16.7	12.0
		20.0	4.0	
		10.0	2.0	
Column		50	50	100
Total		50.0	50.0	100.0

Page 52 SPSS/PC+ 3/23/97
 Number of Missing Observations: 50

Page 53 SPSS/PC+ 3/23/97

This procedure was completed at 21:14:49
 CROSSTABS/MITO BY FIGRU/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=PHI.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 54 SPSS/PC+ 3/23/97

MITO DIMENSI by FIGRU PATO
 FIGRU Page 1 of 1

MITO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	FIGRU		Total
		³ NORMAL	ANOR	
		.00	1.00	
AUSENCIA	.00	40	48	88
		44.0	44.0	88.0%
		-4.0	4.0	
		-.6	.6	
		-2.5	2.5	
PRESENCIA	1.00	10	2	12
		6.0	6.0	12.0%
		4.0	-4.0	
		1.6	-1.6	
		2.5	-2.5	

Page 55 SPSS/PC+ 3/23/97

CROSSTABS/TABLES MORBO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 60 SPSS/PC+ 3/12/97

MORBO MORBOSA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

		A			Row
		1	2	3	Total
MORBO					
	.00	36	37	44	117
AUSENCIA		30.8	31.6	37.6	78.0
		72.0	74.0	88.0	
		24.0	24.7	29.3	
	1.00	14	13	6	33
PRESENCIA		42.4	39.4	18.2	22.0
		28.0	26.0	12.0	
		9.3	8.7	4.0	
	Column	50	50	50	150
	Total	33.3	33.3	33.3	100.0

Page 61 SPSS/PC+ 3/12/97

Number of Missing Observations: 0

Page 62 SPSS/PC+ 3/12/97

This procedure was completed at 20:37:00
 CROSSTABS/TABLES MORBO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 63 SPSS/PC+ 3/12/97

MORBO MORBOSA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

		A			Row
		1	2	3	Total
MORBO					
	.00	36	37	44	117
AUSENCIA		39.0	39.0	39.0	78.0%
		-3.0	-2.0	5.0	
		-.5	-.3	.8	
		-1.3	-.8	2.1	
	1.00	14	13	6	33
PRESENCIA		11.0	11.0	11.0	22.0%
		3.0	2.0	-5.0	
		.9	.6	-1.5	
		1.3	.8	-2.1	

Page 64 SPSS/PC+ 3/12/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.42890	2	.10921
Likelihood Ratio	4.77887	2	.09168
Mantel-Haenszel test for linear association	3.70474	1	.05426
Minimum Expected Frequency -	11.000		
Number of Missing Observations:	0		



CROSSTABS/OMITO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 28 SPSS/PC+ 3/23/97

OMITO VISTA by GRUPO Page 1 of 1

OMITO	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	21	19	26	66
		31.8	28.8	39.4	44.0
		42.0	38.0	52.0	
		14.0	12.7	17.3	
PRESENCIA	1.00	29	31	24	84
		34.5	36.9	28.6	56.0
		58.0	62.0	48.0	
		19.3	20.7	16.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 29 SPSS/PC+ 3/23/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 30 SPSS/PC+ 3/23/97

This procedure was completed at 20:20:06
 CROSSTABS/OMITO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 31 SPSS/PC+ 3/23/97

OMITO VISTA by GRUPO Page 1 of 1

OMITO	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	21	19	26	66
		22.0	22.0	22.0	44.0%
		-1.0	-3.0	4.0	
		-.2	-.6	.9	
PRESENCIA	1.00	29	31	24	84
		28.0	28.0	28.0	56.0%
		1.0	3.0	-4.0	
		.2	.6	-.8	
		.3	1.0	-1.4	

Page 32 SPSS/PC+ 3/23/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.11039	2	.34812
Likelihood Ratio	2.10862	2	.34843
Mantel-Haenszel test for linear association	1.00785	1	.31542

Minimum Expected Frequency = 22.000
 Number of Missing Observations: 0

Egoc. > 0.44 o < 0.33

CROSSTABS/TABLES NARCI BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 9 SPSS/PC+ 3/23/97

NARCI NARCISO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

NARCI	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	20	12	21	53
		37.7	22.6	39.6	35.3
		40.0	24.0	42.0	
		13.3	8.0	14.0	
PRESENCIA	1.00	30	38	29	97
		30.9	39.2	29.9	64.7
		60.0	76.0	58.0	
		20.0	25.3	19.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 10 SPSS/PC+ 3/23/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 11 SPSS/PC+ 3/23/97

This procedure was completed at 19:13:07
 CROSSTABS/TABLES NARCI BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 12 SPSS/PC+ 3/23/97

NARCI NARCISO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

NARCI	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	20	12	21	53
		17.7	17.7	17.7	35.3%
		2.3	-5.7	3.3	
		.6	-1.3	.8	
		.8	-2.1	1.2	
PRESENCIA	1.00	30	38	29	97
		32.3	32.3	32.3	64.7%
		-2.3	5.7	-3.3	
		-.4	1.0	-.6	
		-.8	2.1	-1.2	

Page 13 SPSS/PC+ 3/23/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.25987	2	.11884
Likelihood Ratio	4.40737	2	.11040
Mantel-Haenszel test for linear association	.04347	1	.83484
Minimum Expected Frequency -	17.667		
Number of Missing Observations:	0		

Egoc. < 0.33

CROSSTABS/TABLE NADA BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 30 SPSS/PC+ 11/25/99

NADA NOVALE by GRUPO Page 1 of 1

		GRUPO			
		1	2	3	Total
NADA	.00	25	15	24	64
	AUSENCIA	21.3	21.3	21.3	42.7%
		3.7	-6.3	2.7	
		.8	-1.4	.6	
		1.3	-2.2	.9	
PRESENCIA	1.00	25	35	26	86
		28.7	28.7	28.7	57.3%
		-3.7	6.3	-2.7	
		-.7	1.2	-.5	
		-1.3	2.2	-.9	

Page 31 SPSS/PC+ 11/25/99

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.96003	2	.08374
Likelihood Ratio	5.06997	2	.07926
Mantel-Haenszel test for linear association	.04061	1	.84030
Minimum Expected Frequency -	21.333		

Number of Missing Observations: 0

Page 32 SPSS/PC+ 11/25/99

Egoc > 0.44

CROSSTABS/TABLES NARCI BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 81 SPSS/PC+ 4/9/97

NARCI NARCI by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

NARCI	Count	Row Pct	GRUPO			Total
			ÁNOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
	Col Pct		A			Row
	Tot Pct		1	2	3	
.00			34	42	34	110
AUSENCIA	30.9		38.2	30.9		73.3
	68.0		84.0	68.0		
	22.7		28.0	22.7		
1.00			16	8	16	40
PRESENCIA	40.0		20.0	40.0		26.7
	32.0		16.0	32.0		
	10.7		5.3	10.7		
Column Total	50		50	50		150
	33.3		33.3	33.3		100.0

Page 82 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 83 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 16:41:16
 CROSSTABS/TABLES NARCI BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 84 SPSS/PC+ 4/9/97

NARCI NARCI by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

NARCI	Count	Exp Val	GRUPO			Total
			ÁNOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
	Residual		A			Row
	Std Res		1	2	3	
	Adj Res					
.00			34	42	34	110
AUSENCIA	36.7		36.7	36.7		73.3%
	-2.7		5.3	-2.7		
	-.4		.9	-.4		
	-1.0		2.1	-1.0		
1.00			16	8	16	40
PRESENCIA	13.3		13.3	13.3		26.7%
	2.7		-5.3	2.7		
	.7		-1.5	.7		
	1.0		-2.1	1.0		

Page 85 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.36364	2	.11284
Likelihood Ratio	4.63367	2	.09859
Mantel-Haenszel test for linear association	.00000	1	1.00000
Minimum Expected Frequency -	13.333		
Number of Missing Observations:	0		

Complejas Color-Sombreado

CROSSTABS/TABLES SOMBRA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 11 SPSS/PC+ 3/24/97
 SOMBRA SOMBREAD by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		A			Row
SOMBRA	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	1	2	3	Total
AUSENCIA	.00	23	25	31	79
		29.1	31.6	39.2	52.7
		46.0	50.0	62.0	
		15.3	16.7	20.7	
PRESENCIA	1.00	27	25	19	71
		38.0	35.2	26.8	47.3
		54.0	50.0	38.0	
		18.0	16.7	12.7	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 12 SPSS/PC+ 3/24/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 13 SPSS/PC+ 3/24/97

This procedure was completed at 17:50:05
 CROSSTABS/TABLES SOMBRA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 14 SPSS/PC+ 3/24/97
 SOMBRA SOMBREAD by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		A			Row
SOMBRA	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	1	2	3	Total
AUSENCIA	.00	23	25	31	79
		26.3	26.3	26.3	52.7%
		-3.3	-1.3	4.7	
		-.6	-.3	.9	
		-1.2	-.5	1.6	
PRESENCIA	1.00	27	25	19	71
		23.7	23.7	23.7	47.3%
		3.3	1.3	-4.7	
		.7	.3	-1.0	
		1.2	.5	-1.6	

Page 15 SPSS/PC+ 3/24/97
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.78124	2	.24892
Likelihood Ratio	2.80178	2	.24638
Mantel-Haenszel test for linear association	2.55019	1	.11028
Minimum Expected Frequency -	23.667		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES AGREDO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 25 SPSS/PC+ 3/24/97

AGRESION by GRUPO Page 1 of 1

AGREDO	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	19	19	21	59
		32.2	32.2	35.6	39.3
		38.0	38.0	42.0	
		12.7	12.7	14.0	
PRESENCIA	1.00	31	31	29	91
		34.1	34.1	31.9	60.7
		62.0	62.0	58.0	
		20.7	20.7	19.3	
Column Total		50	50	50	150
Row Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 26 SPSS/PC+ 3/24/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 27 SPSS/PC+ 3/24/97

This procedure was completed at 17:58:34
 CROSSTABS/TABLES AGREDO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 28 SPSS/PC+ 3/24/97

AGREDO AGRESION by GRUPO Page 1 of 1

AGREDO	Count	Exp Val	GRUPO			Total
			1	2	3	
AUSENCIA	.00	19	19	21	59	
		19.7	19.7	19.7	39.3%	
		-.7	-.7	1.3		
		-.2	-.2	.3		
		-.2	-.2	.5		
PRESENCIA	1.00	31	31	29	91	
		30.3	30.3	30.3	60.7%	
		.7	.7	-1.3		
		.1	.1	-.2		
		.2	.2	-.5		

Page 29 SPSS/PC+ 3/24/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.22351	2	.89427
Likelihood Ratio	.22271	2	.89462
Mantel-Haenszel test for linear association	.16651	1	.68323
Minimum Expected Frequency -	19.667		
Number of Missing Observations:	0		

Afr < 0.46

CROSSTABS/TABLES EVITA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 37 SPSS/PC+ 3/24/97

EVITA EVITACIO by GRUPO Page 1 of 1

EVITA	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	23	21	26	70
	Row Pct	32.9	30.0	37.1	46.7
	Col Pct	46.0	42.0	52.0	
	Tot Pct	15.3	14.0	17.3	
PRESENCIA	1.00	27	29	24	80
	Row Pct	33.8	36.3	30.0	53.3
	Col Pct	54.0	58.0	48.0	
	Tot Pct	18.0	19.3	16.0	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 38 SPSS/PC+ 3/24/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 39 SPSS/PC+ 3/24/97

This procedure was completed at 18:09:19
 CROSSTABS/TABLES EVITA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 40 SPSS/PC+ 3/24/97

EVITA EVITACIO by GRUPO Page 1 of 1

EVITA	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	23	21	26	70
	Exp Val	23.3	23.3	23.3	46.7%
	Residual	-.3	-2.3	2.7	
	Std Res	-.1	-.5	.6	
	Adj Res	-.1	-.8	.9	
PRESENCIA	1.00	27	29	24	80
	Exp Val	26.7	26.7	26.7	53.3%
	Residual	.3	2.3	-2.7	
	Std Res	.1	.5	-.5	
	Adj Res	.1	.8	-.9	

Page 41 SPSS/PC+ 3/24/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.01786	2	.60114
Likelihood Ratio	1.01872	2	.60088
Mantel-Haenszel test for linear association	.35920	1	.54895
Minimum Expected Frequency -	23.333		
Number of Missing Observations:	0		

Complejas < 4

CROSSTABS/TABLES COMPLEJA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 49 SPSS/PC+ 3/24/97

COMPLEJA COMPLEJA by GRUPO Page 1 of 1
 GRUPO

COMPLEJA	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	27	21	19	67
		40.3	31.3	28.4	44.7
		54.0	42.0	38.0	
		18.0	14.0	12.7	
PRESENCIA	1.00	23	29	31	83
		27.7	34.9	37.3	55.3
		46.0	58.0	62.0	
		15.3	19.3	20.7	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 50 SPSS/PC+ 3/24/97

Number of Missing Observations: 0

Page 51 SPSS/PC+ 3/24/97

This procedure was completed at 18:17:44
 CROSSTABS/TABLES COMPLEJA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 52 SPSS/PC+ 3/24/97

COMPLEJA COMPLEJA by GRUPO Page 1 of 1
 GRUPO

COMPLEJA	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	27	21	19	67
		22.3	22.3	22.3	44.7%
		4.7	-1.3	-3.3	
		1.0	-.3	-.7	
PRESENCIA	1.00	23	29	31	83
		27.7	27.7	27.7	55.3%
		-4.7	1.3	3.3	
		-.9	.3	.6	
		-1.6	.5	1.2	

Page 53 SPSS/PC+ 3/24/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.80525	2	.24595
Likelihood Ratio	2.80425	2	.24607
Mantel-Haenszel test for linear association	2.57220	1	.10876
Minimum Expected Frequency -	22.333		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES INTELEC BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 73 SPSS/PC+ 3/24/97

INTELEC INTELEC by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

	Count	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
INTELEC	Row Pct	A			
	Col Pct	1	2	3	Total
	Tot Pct				
AUSENCIA	.00	43	39	39	121
		35.5	32.2	32.2	80.7
		86.0	78.0	78.0	
		28.7	26.0	26.0	
PRESENCIA	1.00	7	11	11	29
		24.1	37.9	37.9	19.3
		14.0	22.0	22.0	
		4.7	7.3	7.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 74 SPSS/PC+ 3/24/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 75 SPSS/PC+ 3/24/97

This procedure was completed at 18:34:31
 CROSSTABS/TABLES INTELEC BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 76 SPSS/PC+ 3/24/97

INTELEC INTELEC by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

	Count	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
INTELEC	Exp Val	A			
	Residual	1	2	3	Total
	Std Res				
	Adj Res				
AUSENCIA	.00	43	39	39	121
		40.3	40.3	40.3	80.7%
		2.7	-1.3	-1.3	
		.4	-.2	-.2	
		1.2	-.6	-.6	
PRESENCIA	1.00	7	11	11	29
		9.7	9.7	9.7	19.3%
		-2.7	1.3	1.3	
		-.9	.4	.4	
		-1.2	.6	.6	

Page 77 SPSS/PC+ 3/24/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.36791	2	.50462
Likelihood Ratio	1.42818	2	.48964
Mantel-Haenszel test for linear association	1.01909	1	.31273
Minimum Expected Frequency -	9.667		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES COOPERA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 85 SPSS/PC+ 3/24/97

COOPERA COOPERA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

		Count	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			
		Row Pct	A			Row
		Col Pct				
		Tot Pct				
			1	2	3	Total
COOPERA	.00	8	5	5		18
AUSENCIA		44.4	27.8	27.8		12.0
		16.0	10.0	10.0		
		5.3	3.3	3.3		
PRESENCIA	1.00	42	45	45		132
		31.8	34.1	34.1		88.0
		84.0	90.0	90.0		
		28.0	30.0	30.0		
Column		50	50	50		150
Total		33.3	33.3	33.3		100.0

Page 86 SPSS/PC+ 3/24/97

Number of Missing Observations: 0

Page 87 SPSS/PC+ 3/24/97

This procedure was completed at 18:42:04
 CROSSTABS/TABLES COOPERA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 88 SPSS/PC+ 3/24/97

COOPERA COOPERA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

		Count	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			
		Exp Val	A			Row
		Residual				
		Std Res				
		Adj Res				
			1	2	3	Total
COOPERA	.00	8	5	5		18
AUSENCIA		6.0	6.0	6.0		12.0%
		2.0	-1.0	-1.0		
		.8	-.4	-.4		
		1.1	-.5	-.5		
PRESENCIA	1.00	42	45	45		132
		44.0	44.0	44.0		88.0%
		-2.0	1.0	1.0		
		-.3	.2	.2		
		-1.1	.5	.5		

Page 89 SPSS/PC+ 3/24/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.13636	2	.56655
Likelihood Ratio	1.09391	2	.57871
Mantel-Haenszel test for linear association	.84659	1	.35752
Minimum Expected Frequency -	6.000		
Number of Missing Observations:	0		

Aislamiento/R > 0.24

CROSSTABS/TABLES ISOLATE BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 187 SPSS/PC+ 3/24/97

ISOLATE by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

ISOLATE	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
NOSOLO	.00	16	24	17	57
		28.1	42.1	29.8	38.0
		32.0	48.0	34.0	
		10.7	16.0	11.3	
SISOLO	1.00	34	26	33	93
		36.6	28.0	35.5	62.0
		68.0	52.0	66.0	
		22.7	17.3	22.0	
	Column Total	50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 188 SPSS/PC+ 3/24/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 189 SPSS/PC+ 3/24/97

This procedure was completed at 19:04:07
 CROSSTABS/TABLES ISOLATE BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 190 SPSS/PC+ 3/24/97

ISOLATE by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

ISOLATE	Count	Exp Val	GRUPO			Total
			1	2	3	
NOSOLO	.00	16	24	17	57	
		19.0	19.0	19.0	38.0%	
		-3.0	5.0	-2.0		
		-.7	1.1	-.5		
		-1.1	1.8	-.7		
SISOLO	1.00	34	26	33	93	
		31.0	31.0	31.0	62.0%	
		3.0	-5.0	2.0		
		.5	-.9	.4		
		1.1	-1.8	.7		

Page 191 SPSS/PC+ 3/24/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.22581	2	.19931
Likelihood Ratio	3.19405	2	.20250
Mantel-Haenszel test for linear association	.04216	1	.83731
Minimum Expected Frequency -	19.000		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES EXPE BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 11 SPSS/PC+ 3/25/97

EXPE EXPEBASE by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

EXPE	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	31	22	19	72
		43.1	30.6	26.4	48.0
		62.0	44.0	38.0	
		20.7	14.7	12.7	
PRESENCIA	1.00	19	28	31	78
		24.4	35.9	39.7	52.0
		38.0	56.0	62.0	
		12.7	18.7	20.7	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 12 SPSS/PC+ 3/25/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 13 SPSS/PC+ 3/25/97

This procedure was completed at 17:01:32
 CROSSTABS/TABLES EXPE BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 14 SPSS/PC+ 3/25/97

EXPE EXPEBASE by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

EXPE	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	31	22	19	72
		24.0	24.0	24.0	48.0%
		7.0	-2.0	-5.0	
		1.4	-.4	-1.0	
		2.4	-.7	-1.7	
PRESENCIA	1.00	19	28	31	78
		26.0	26.0	26.0	52.0%
		-7.0	2.0	5.0	
		-1.4	.4	1.0	
		-2.4	.7	1.7	

Page 15 SPSS/PC+ 3/25/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	6.25000	2	.04394
Likelihood Ratio	6.29829	2	.04289
Mantel-Haenszel test for linear association	5.73077	1	.01667
Minimum Expected Frequency -	24.000		
Number of Missing Observations:	0		

Adj D < 0

CROSSTABS/TABLES TENSION BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 23 SPSS/PC+ 3/25/97

TENSION TENSION by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

TENSION	Count	Row Pct	GRUPO			Total
			YANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
			A			
	Col Pct	Y				Row
	Tot Pct					
			1	2	3	
AUSENCIA	.00		38	27	35	100
			38.0	27.0	35.0	66.7
			76.0	54.0	70.0	
			25.3	18.0	23.3	
PRESENCIA	1.00		12	23	15	50
			24.0	46.0	30.0	33.3
			24.0	46.0	30.0	
			8.0	15.3	10.0	
Column			50	50	50	150
Total			33.3	33.3	33.3	100.0

Page 24 SPSS/PC+ 3/25/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 25 SPSS/PC+ 3/25/97

This procedure was completed at 17:10:35
 CROSSTABS/TABLES TENSION BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 26 SPSS/PC+ 3/25/97

TENSION TENSION by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

TENSION	Count	Exp Val	GRUPO			Total
			YANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
			A			
	Std Res	Y				Row
	Adj Res					
			1	2	3	
AUSENCIA	.00		38	27	35	100
			33.3	33.3	33.3	66.7%
			4.7	-6.3	1.7	
			.8	-1.1	.3	
			1.7	-2.3	.6	
PRESENCIA	1.00		12	23	15	50
			16.7	16.7	16.7	33.3%
			-4.7	6.3	-1.7	
			-1.1	1.6	-.4	
			-1.7	2.3	-.6	

Page 27 SPSS/PC+ 3/25/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	5.82000	2	.05448
Likelihood Ratio	5.76546	2	.05598
Mantel-Haenszel test for linear association	.40230	1	.52590
Minimum Expected Frequency -	16.667		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES COPAG BY GRUPO/
CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 47 SPSS/PC+ 3/25/97

COPAG VINCULO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

COPAG	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	15	13	8	36
		41.7	36.1	22.2	24.0
		30.0	26.0	16.0	
		10.0	8.7	5.3	
PRESENCIA	1.00	35	37	42	114
		30.7	32.5	36.8	76.0
		70.0	74.0	84.0	
		23.3	24.7	28.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 48 SPSS/PC+ 3/25/97
Number of Missing Observations: 0

Page 49 SPSS/PC+ 3/25/97

This procedure was completed at 17:31:32
CROSSTABS/TABLES COPAG BY GRUPO/
CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
STATISTICS=CHISQ.
Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 50 SPSS/PC+ 3/25/97

COPAG VINCULO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

COPAG	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	15	13	8	36
		12.0	12.0	12.0	24.0%
		3.0	1.0	-4.0	
		.9	.3	-1.2	
		1.2	.4	-1.6	
PRESENCIA	1.00	35	37	42	114
		38.0	38.0	38.0	76.0%
		-3.0	-1.0	4.0	
		-.5	-.2	.6	
		-1.2	-.4	1.6	

Page 51 SPSS/PC+ 3/25/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.85088	2	.24040
Likelihood Ratio	2.96487	2	.22708
Mantel-Haenszel test for linear association	2.66849	1	.10235
Minimum Expected Frequency -	12.000		
Number of Missing Observations:	0		

SumPondC < 2.5

CROSSTABS/TABLES AFECTO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 59 SPSS/PC+ 3/25/97
 AFECTO AFECTO by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

AFECTO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	33	24	24	81
		40.7	29.6	29.6	54.0
		66.0	48.0	48.0	
		22.0	16.0	16.0	
PRESENCIA	1.00	17	26	26	69
		24.6	37.7	37.7	46.0
		34.0	52.0	52.0	
		11.3	17.3	17.3	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 60 SPSS/PC+ 3/25/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 61 SPSS/PC+ 3/25/97

This procedure was completed at 17:39:25
 CROSSTABS/TABLES AFECTO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 62 SPSS/PC+ 3/25/97
 AFECTO AFECTO by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

AFECTO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	33	24	24	81
		27.0	27.0	27.0	54.0%
		6.0	-3.0	-3.0	
		1.2	-.6	-.6	
PRESENCIA	1.00	17	26	26	69
		23.0	23.0	23.0	46.0%
		-6.0	3.0	3.0	
		-1.3	.6	.6	
		-2.1	1.0	1.0	

Page 63 SPSS/PC+ 3/25/97
 Column Total 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.34783	2	.11373
Likelihood Ratio	4.41018	2	.11024
Mantel-Haenszel test for linear association	3.23913	1	.07190
Minimum Expected Frequency -	23.000		
Number of Missing Observations:	0		

pasivo > activo

CROSSTABS/TABLES PLASTA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 19 SPSS/PC+ 4/5/97

PLASTA PLASTA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

		A			Row
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
Count	Row Pct				
Col Pct	Tot Pct				
		1	2	3	Total
PLASTA					
.00		22	25	29	76
AUSENCIA		28.9	32.9	38.2	50.7
		44.0	50.0	58.0	
		14.7	16.7	19.3	
1.00		28	25	21	74
PRESENCIA		37.8	33.8	28.4	49.3
		56.0	50.0	42.0	
		18.7	16.7	14.0	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 20 SPSS/PC+ 4/5/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 21 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 19:02:24
 CROSSTABS/TABLES PLASTA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 22 SPSS/PC+ 4/5/97

PLASTA PLASTA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

		A			Row
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
Count	Exp Val				
Residual	Std Res				
Adj Res					
		1	2	3	Total
PLASTA					
.00		22	25	29	76
AUSENCIA		25.3	25.3	25.3	50.7%
		-3.3	-.3	3.7	
		-.7	-.1	.7	
		-1.2	-.1	1.3	
1.00		28	25	21	74
PRESENCIA		24.7	24.7	24.7	49.3%
		3.3	.3	-3.7	
		.7	.1	-.7	
		1.2	.1	-1.3	

Page 23 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.97368	2	.37275
Likelihood Ratio	1.98059	2	.37147
Mantel-Haenszel test for linear association	1.94728	1	.16288
Minimum Expected Frequency -	24.667		
Number of Missing Observations:	0		

pasivo > activo+1

CROSSTABS/TABLES REPLASTA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 31 SPSS/PC+ 4/5/97

REPLASTA REPLASTA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

REPLASTA	Count ³	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	29	35	37	101
		28.7	34.7	36.6	67.3
		58.0	70.0	74.0	
		19.3	23.3	24.7	
PRESENCIA	1.00	21	15	13	49
		42.9	30.6	26.5	32.7
		42.0	30.0	26.0	
		14.0	10.0	8.7	
Column	50	50	50	150	
Total	33.3	33.3	33.3	100.0	

Page 32 SPSS/PC+ 4/5/97

Number of Missing Observations: 0

Page 33 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 19:19:15
 CROSSTABS/TABLES REPLASTA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 34 SPSS/PC+ 4/5/97

REPLASTA REPLASTA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

REPLASTA	Count ³	Exp Val ³	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Total
			1	2	3	
AUSENCIA	.00	29	35	37	101	
		33.7	33.7	33.7	67.3%	
		-4.7	1.3	3.3		
		-.8	.2	.6		
PRESENCIA	1.00	21	15	13	49	
		16.3	16.3	16.3	32.7%	
		4.7	-1.3	-3.3		
		1.2	-.3	-.8		
		1.7	-.5	-1.2		

Page 35 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.15215	2	.20678
Likelihood Ratio	3.11653	2	.21050
Mantel-Haenszel test for linear association	2.89028	1	.08912
Minimum Expected Frequency -	16.333		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES HUMANO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 235 SPSS/PC+ 3/25/97

HUMANO HUMANO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

Count	Y	GRUPO			Row
Row Pct	Y	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
Col Pct	Y	A			Row
Tot Pct		1	2	3	Total
HUMANO					
AUSENCIA	.00	28	22	24	74
		37.8	29.7	32.4	49.3
		56.0	44.0	48.0	
		18.7	14.7	16.0	
PRESENCIA	1.00	22	28	26	76
		28.9	36.8	34.2	50.7
		44.0	56.0	52.0	
		14.7	18.7	17.3	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 236 SPSS/PC+ 3/25/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 237 SPSS/PC+ 3/25/97

This procedure was completed at 19:07:22
 CROSSTABS/TABLES HUMANO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 238 SPSS/PC+ 3/25/97

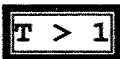
HUMANO HUMANO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

Count	Y	GRUPO			Row
Exp Val	Y	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
Residual	Y	A			Row
Std Res	Y	A			Row
Adj Res		1	2	3	Total
HUMANO					
AUSENCIA	.00	28	22	24	74
		24.7	24.7	24.7	49.3%
		3.3	-2.7	-.7	
		.7	-.5	-.1	
		1.2	-.9	-.2	
PRESENCIA	1.00	22	28	26	76
		25.3	25.3	25.3	50.7%
		-3.3	2.7	.7	
		-.7	.5	.1	
		-1.2	.9	.2	

Page 239 SPSS/PC+ 3/25/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.49360	2	.47388
Likelihood Ratio	1.49683	2	.47312
Mantel-Haenszel test for linear association	.63585	1	.42522
Minimum Expected Frequency -	24.667		
Number of Missing Observations:	0		



CROSSTABS/TABLES TEXTU BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 247 SPSS/PC+ 3/25/97

TEXTU TEXTU by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

TEXTU	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	45	41	46	132
		34.1	31.1	34.8	88.0
		90.0	82.0	92.0	
		30.0	27.3	30.7	
PRESENCIA	1.00	5	9	4	18
		27.8	50.0	22.2	12.0
		10.0	18.0	8.0	
		3.3	6.0	2.7	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 248 SPSS/PC+ 3/25/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 249 SPSS/PC+ 3/25/97

This procedure was completed at 19:12:57
 CROSSTABS/TABLES TEXTU BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 250 SPSS/PC+ 3/25/97

TEXTU TEXTU by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

TEXTU	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	45	41	46	132
		44.0	44.0	44.0	88.0%
		1.0	-3.0	2.0	
		.2	-.5	.3	
	.5	-1.6	1.1		
PRESENCIA	1.00	5	9	4	18
		6.0	6.0	6.0	12.0%
		-1.0	3.0	-2.0	
		-.4	1.2	-.8	
	-.5	1.6	-1.1		

Page 251 SPSS/PC+ 3/25/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.65152	2	.26560
Likelihood Ratio	2.55291	2	.27902
Mantel-Haenszel test for linear association	.09407	1	.75907
Minimum Expected Frequency -	6.000		
Number of Missing Observations:	0		

E
 CROSSTABS/TABLES COMIDA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 259 SPSS/PC+ 3/25/97

COMIDA COMIDA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

COMIDA	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	44	45	41	130
		33.8	34.6	31.5	86.7
		88.0	90.0	82.0	
		29.3	30.0	27.3	
PRESENCIA	1.00	6	5	9	20
		30.0	25.0	45.0	13.3
		12.0	10.0	18.0	
		4.0	3.3	6.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 260 SPSS/PC+ 3/25/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 261 SPSS/PC+ 3/25/97

This procedure was completed at 19:23:24
 CROSSTABS/TABLES COMIDA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 262 SPSS/PC+ 3/25/97

COMIDA COMIDA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

COMIDA	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	44	45	41	130
		43.3	43.3	43.3	86.7%
		.7	1.7	-2.3	
		.1	.3	-.4	
		.3	.8	-1.2	
PRESENCIA	1.00	6	5	9	20
		6.7	6.7	6.7	13.3%
		-.7	-1.7	2.3	
		-.3	-.6	.9	
		-.3	-.8	1.2	

Page 263 SPSS/PC+ 3/25/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.50000	2	.47237
Likelihood Ratio	1.46221	2	.48138
Mantel-Haenszel test for linear association	.77365	1	.37909
Minimum Expected Frequency -	6.667		
Number of Missing Observations:	0		

Lambda > 0.99

CROSSTABS/TABLES LAMBDA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 7 SPSS/PC+ 4/4/97
 LAMBDA LAMBDA by GRUPO

Page 1 of 1

LAMBDA	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	35	32	26	93
		37.6	34.4	28.0	62.0
		70.0	64.0	52.0	
		23.3	21.3	17.3	
PRESENCIA	1.00	15	18	24	57
		26.3	31.6	42.1	38.0
		30.0	36.0	48.0	
		10.0	12.0	16.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 8 SPSS/PC+ 4/4/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 9 SPSS/PC+ 4/4/97

This procedure was completed at 15:32:21
 CROSSTABS/TABLES LAMBDA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 10 SPSS/PC+ 4/4/97
 LAMBDA LAMBDA by GRUPO

Page 1 of 1

LAMBDA	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	35	32	26	93
		31.0	31.0	31.0	62.0%
		4.0	1.0	-5.0	
		.7	.2	-.9	
		1.4	.4	-1.8	
PRESENCIA	1.00	15	18	24	57
		19.0	19.0	19.0	38.0%
		-4.0	-1.0	5.0	
		-.9	-.2	1.1	
		-1.4	-.4	1.8	

Page 11 SPSS/PC+ 4/4/97

Chi-Square	Value	DF	Significance
------------	-------	----	--------------

Pearson	3.56537	2	.16819
Likelihood Ratio	3.55629	2	.16895
Mantel-Haenszel test for linear association	3.41511	1	.06460
Minimum Expected Frequency - 19.000			
Number of Missing Observations: 0			



CROSSTABS/TABLES HVI BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 61 SPSS/PC+ 3/6/97
 HVI by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			
		1	2	3	Row
HVI	Count				
	Exp Val				
	Residual	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			
	Std Res	A			
	Adj Res				
		1	2	3	Total
	0	44	46	40	130
AUSENCIA		43.3	43.3	43.3	86.7%
		.7	2.7	-3.3	
		.1	.4	-.5	
		.3	1.4	-1.7	
	1	6	4	10	20
PRESENCIA		6.7	6.7	6.7	13.3%
		-.7	-2.7	3.3	
		-.3	-1.0	1.3	
		-.3	-1.4	1.7	

Page 62 SPSS/PC+ 3/6/97
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.23077	2	.19881
Likelihood Ratio	3.19267	2	.20264
Mantel-Haenszel test for linear association	1.37538	1	.24089
Minimum Expected Frequency -	6.667		

Number of Missing Observations: 0

Page 63 SPSS/PC+ 3/6/97

This procedure was completed at 19:15:43

Page 64 SPSS/PC+ 3/6/97

get FILE 'A:\ROALL.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:\ROALL.SYS
 The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 125 variables (including system variables).
 125 variables will be used in this session.

Page 65 SPSS/PC+ 3/6/97

This procedure was completed at 19:17:29
 SET LISTING 'A:\ROJ13.RES'.

CROSSTABS/TABLES DDPEQ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 8 SPSS/PC+ 4/9/97

DDPEQ DDPEQ by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

DDPEQ	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	32	28	25	85
		37.6	32.9	29.4	56.7
		64.0	56.0	50.0	
		21.3	18.7	16.7	
PRESENCIA	1.00	18	22	25	65
		27.7	33.8	38.5	43.3
		36.0	44.0	50.0	
		12.0	14.7	16.7	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 9 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 10 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 16:03:27
 CROSSTABS/TABLES DDPEQ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 11 SPSS/PC+ 4/9/97

DDPEQ DDPEQ by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

DDPEQ	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	32	28	25	85
		28.3	28.3	28.3	56.7%
		3.7	-.3	-3.3	
		.7	-.1	-.6	
		1.3	-.1	-1.2	
PRESENCIA	1.00	18	22	25	65
		21.7	21.7	21.7	43.3%
		-3.7	.3	3.3	
		-.8	.1	.7	
		-1.3	.1	1.2	

Page 12 SPSS/PC+ 4/9/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.00905	2	.36622
Likelihood Ratio	2.02001	2	.36422
Mantel-Haenszel test for linear association	1.98217	1	.15916
Minimum Expected Frequency -	21.667		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES RASTREO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 20 SPSS/PC+ 4/9/97

RASTREO RASTREO by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

RASTREO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	16	20	21	57
		28.1	35.1	36.8	38.0
		32.0	40.0	42.0	
		10.7	13.3	14.0	
PRESENCIA	1.00	34	30	29	93
		36.6	32.3	31.2	62.0
		68.0	60.0	58.0	
		22.7	20.0	19.3	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 21 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 22 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 16:09:29
 CROSSTABS/TABLES RASTREO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 23 SPSS/PC+ 4/9/97

RASTREO RASTREO by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

RASTREO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	16	20	21	57
		19.0	19.0	19.0	38.0%
		-3.0	1.0	2.0	
		-.7	.2	.5	
		-1.1	.4	.7	
PRESENCIA	1.00	34	30	29	93
		31.0	31.0	31.0	62.0%
		3.0	-1.0	-2.0	
		.5	-.2	-.4	
		1.1	-.4	-.7	

Page 24 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.18846	2	.55199
Likelihood Ratio	1.20193	2	.54828
Mantel-Haenszel test for linear association	1.05405	1	.30458
Minimum Expected Frequency -	19.000		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES HIPER BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 32 SPSS/PC+ 4/9/97
 HIPER HIPER by GRUPO

Page 1 of 1

HIPER	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	36	38	43	117
		30.8	32.5	36.8	78.0
		72.0	76.0	86.0	
		24.0	25.3	28.7	
PRESENCIA	1.00	14	12	7	33
		42.4	36.4	21.2	22.0
		28.0	24.0	14.0	
		9.3	8.0	4.7	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 33 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 34 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 16:15:44
 CROSSTABS/TABLES HIPER BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 35 SPSS/PC+ 4/9/97
 HIPER HIPER by GRUPO

Page 1 of 1

HIPER	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	36	38	43	117
		39.0	39.0	39.0	78.0%
		-3.0	-1.0	4.0	
		-.5	-.2	.6	
		-1.3	-.4	1.7	
PRESENCIA	1.00	14	12	7	33
		11.0	11.0	11.0	22.0%
		3.0	1.0	-4.0	
		.9	.3	-1.2	
		1.3	.4	-1.7	

Page 36 SPSS/PC+ 4/9/97
 Column Total 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.03030	2	.21977
Likelihood Ratio	3.17272	2	.20467
Mantel-Haenszel test for linear association	2.83644	1	.09215
Minimum Expected Frequency - 11.000			
Number of Missing Observations: 0			

Populares > 7

CROSSTABS/TABLES CONVENC BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 44 SPSS/PC+ 4/9/97

CONVENC CONVENC by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

CONVENC	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	47	44	47	138
		34.1	31.9	34.1	92.0
		94.0	88.0	94.0	
		31.3	29.3	31.3	
PRESENCIA	1.00	3	6	3	12
		25.0	50.0	25.0	8.0
		6.0	12.0	6.0	
		2.0	4.0	2.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 45 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 46 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 16:21:37
 CROSSTABS/TABLES CONVENC BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 47 SPSS/PC+ 4/9/97

CONVENC CONVENC by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

CONVENC	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	47	44	47	138
		46.0	46.0	46.0	92.0%
		1.0	-2.0	1.0	
		.1	-.3	.1	
		.6	-1.3	.6	
PRESENCIA	1.00	3	6	3	12
		4.0	4.0	4.0	8.0%
		-1.0	2.0	-1.0	
		-.5	1.0	-.5	
		-.6	1.3	-.6	

Page 48 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.63043	2	.44254
Likelihood Ratio	1.54481	2	.46190
Mantel-Haenszel test for linear association	.00000	1	1.00000
Minimum Expected Frequency -	4.000		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES SOFISTIC BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 57 SPSS/PC+ 4/9/97

SOFISTIC SOFISTIC by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

SOFISTIC	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		A			Row
		1	2	3	Total
.00	49	50	50	149	
AUSENCIA	32.9	33.6	33.6	99.3	
	98.0	100.0	100.0		
	32.7	33.3	33.3		
1.00	1			1	
PRESENCIA	100.0			.7	
	2.0				
	.7				
Column Total	50	50	50	150	
	33.3	33.3	33.3	100.0	

Page 58 SPSS/PC+ 4/9/97

Number of Missing Observations: 0

Page 59 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 16:30:29
 CROSSTABS/TABLES SOFISTIC BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 60 SPSS/PC+ 4/9/97

SOFISTIC SOFISTIC by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

SOFISTIC	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	
		A			Row
		1	2	3	Total
.00	49	50	50	149	
AUSENCIA	49.7	49.7	49.7	99.3%	
	-.7	.3	.3		
	-.1	.0	.0		
	-1.4	.7	.7		
1.00	1	0	0	1	
PRESENCIA	.3	.3	.3	.7%	
	.7	-.3	-.3		
	1.2	-.6	-.6		
	1.4	-.7	-.7		

Page 61 SPSS/PC+ 4/9/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.01342	2	.36542
Likelihood Ratio	2.21067	2	.33110
Mantel-Haenszel test for linear association	1.50000	1	.22067
Minimum Expected Frequency -	.333		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	
Number of Missing Observations:	0		

X+% > 0.89

CROSSTABS/TABLES AFINA BY GRUPO/
CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 70 SPSS/PC+ 4/9/97
AFINA AFINA by GRUPO

Page 1 of 1

	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AFINA	.00	50	50	50	150
AUSENCIA	33.3	33.3	33.3	33.3	100.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	
	33.3	33.3	33.3	33.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Number of Missing Observations: 0

Page 71 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 16:35:24
CROSSTABS/TABLES AFINA BY GRUPO/
CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 72 SPSS/PC+ 4/9/97
AFINA AFINA by GRUPO

Page 1 of 1

	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AFINA	.00	50	50	50	150
AUSENCIA	50.0	50.0	50.0	50.0	100.0%
	.0	.0	.0	.0	
	.0	.0	.0	.0	
	
Column		50	50	50	150
Total		33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Page 73 SPSS/PC+ 4/9/97

WARNING 10307
Statistics cannot be computed when the number of non-empty rows or columns
is one.

Number of Missing Observations: 0

T = 0

CROSSTABS/TABLES ESQUIVO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 120 SPSS/PC+ 4/9/97

ESQUIVO ESQUIVO by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

ESQUIVO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	25	24	14	63
		39.7	38.1	22.2	42.0
		50.0	48.0	28.0	
		16.7	16.0	9.3	
PRESENCIA	1.00	25	26	36	87
		28.7	29.9	41.4	58.0
		50.0	52.0	72.0	
		16.7	17.3	24.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 121 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 122 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 17:32:03
 CROSSTABS/TABLES ESQUIVO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 123 SPSS/PC+ 4/9/97

ESQUIVO ESQUIVO by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

ESQUIVO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	25	24	14	63
		21.0	21.0	21.0	42.0%
		4.0	3.0	-7.0	
		.9	.7	-1.5	
		1.4	1.1	-2.5	
PRESENCIA	1.00	25	26	36	87
		29.0	29.0	29.0	58.0%
		-4.0	-3.0	7.0	
		-.7	-.6	1.3	
		-1.4	-1.1	2.5	

Page 124 SPSS/PC+ 4/9/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	6.07553	2	.04794
Likelihood Ratio	6.24285	2	.04409
Mantel-Haenszel test for linear association	4.93404	1	.02633
Minimum Expected Frequency -	21.000		
Number of Missing Observations:	0		

Zd > 3.5

CROSSTABS/TABLES RASTREA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 132 SPSS/PC+ 4/9/97

RASTREA RASTREA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

RASTREA	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	38	38	45	121
		31.4	31.4	37.2	80.7
		76.0	76.0	90.0	
PRESENCIA	1.00	12	12	5	29
		41.4	41.4	17.2	19.3
		24.0	24.0	10.0	
		8.0	8.0	3.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 133 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 134 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 17:55:14
 CROSSTABS/TABLES RASTREA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 135 SPSS/PC+ 4/9/97

RASTREA RASTREA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

RASTREA	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	38	38	45	121
		40.3	40.3	40.3	80.7%
		-2.3	-2.3	4.7	
PRESENCIA	1.00	12	12	5	29
		9.7	9.7	9.7	19.3%
		2.3	2.3	-4.7	
		.8	.8	-1.5	
		1.0	1.0	-2.0	

Page 136 SPSS/PC+ 4/9/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.18923	2	.12312
Likelihood Ratio	4.58184	2	.10117
Mantel-Haenszel test for linear association	3.12097	1	.07729
Minimum Expected Frequency -	9.667		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES PELEA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 144 SPSS/PC+ 4/9/97

PELEA PELEA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

PELEA	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	33	30	29	92
		35.9	32.6	31.5	61.3
		66.0	60.0	58.0	
		22.0	20.0	19.3	
PRESENCIA	1.00	17	20	21	58
		29.3	34.5	36.2	38.7
		34.0	40.0	42.0	
		11.3	13.3	14.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 145 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 146 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 18:00:19
 CROSSTABS/TABLES PELEA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 147 SPSS/PC+ 4/9/97

PELEA PELEA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

PELEA	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	33	30	29	92
		30.7	30.7	30.7	61.3%
		2.3	-.7	-1.7	
		.4	-.1	-.3	
		.8	-.2	-.6	
PRESENCIA	1.00	17	20	21	58
		19.3	19.3	19.3	38.7%
		-2.3	.7	1.7	
		-.5	.2	.4	
		-.8	.2	.6	

Page 148 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.73088	2	.69389
Likelihood Ratio	.73619	2	.69205
Mantel-Haenszel test for linear association	.67016	1	.41299

Minimum Expected Frequency - 19.333
 Number of Missing Observations: 0

H+ (H) +Hd+ (Hd) > 6

This procedure was completed at 18:18:09
 CROSSTABS/TABLES CONTACTO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 169 SPSS/PC+ 4/9/97

CONTACTO CONTACTO by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

CONTACTO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	36	40	35	111
		32.4	36.0	31.5	74.0
		72.0	80.0	70.0	
		24.0	26.7	23.3	
PRESENCIA	1.00	14	10	15	39
		35.9	25.6	38.5	26.0
		28.0	20.0	30.0	
		9.3	6.7	10.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 170 SPSS/PC+ 4/9/97

Number of Missing Observations: 0

Page 171 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 18:18:14
 CROSSTABS/TABLES CONTACTO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 172 SPSS/PC+ 4/9/97

CONTACTO CONTACTO by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

CONTACTO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	36	40	35	111
		37.0	37.0	37.0	74.0%
		-1.0	3.0	-2.0	
		-.2	.5	-.3	
		-.4	1.2	-.8	
PRESENCIA	1.00	14	10	15	39
		13.0	13.0	13.0	26.0%
		1.0	-3.0	2.0	
		.3	-.8	.6	
		.4	-1.2	.8	

Page 173 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.45530	2	.48304
Likelihood Ratio	1.49507	2	.47353
Mantel-Haenszel test for linear association	.05163	1	.82025
Minimum Expected Frequency -	13.000		

Number of Missing Observations: 0

(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3

CROSSTABS/TABLES NUBES BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 184 SPSS/PC+ 4/9/97

NUBES NUBES by GRUPO

Page 1 of 1

NUBES	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	35	39	42	116
		30.2	33.6	36.2	77.3
		70.0	78.0	84.0	
		23.3	26.0	28.0	
PRESENCIA	1.00	15	11	8	34
		44.1	32.4	23.5	22.7
		30.0	22.0	16.0	
		10.0	7.3	5.3	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 185 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 186 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 18:28:37
 CROSSTABS/TABLES NUBES BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 187 SPSS/PC+ 4/9/97

NUBES NUBES by GRUPO

Page 1 of 1

NUBES	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	35	39	42	116
		38.7	38.7	38.7	77.3%
		-3.7	.3	3.3	
		-.6	.1	.5	
		-1.5	.1	1.4	
PRESENCIA	1.00	15	11	8	34
		11.3	11.3	11.3	22.7%
		3.7	-.3	-3.3	
		1.1	-.1	-1.0	
		1.5	-.1	-1.4	

Page 188 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.81440	2	.24483
Likelihood Ratio	2.82093	2	.24403
Mantel-Haenszel test for linear association	2.77675	1	.09564
Minimum Expected Frequency -	11.333		

Number of Missing Observations: 0

CROSSTABS/TABLES OCULTO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 195 SPSS/PC+ 4/9/97

OCULTO OCULTO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

Count	Y	GRUPO			Row
Row Pct	Y	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
Col Pct	Y	A			Row
Tot Pct	Y	1	2	3	Total
OCULTO	.00	41	44	44	129
AUSENCIA		31.8	34.1	34.1	86.0
		82.0	88.0	88.0	
		27.3	29.3	29.3	
PRESENCIA	1.00	9	6	6	21
		42.9	28.6	28.6	14.0
		18.0	12.0	12.0	
		6.0	4.0	4.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 196 SPSS/PC+ 4/9/97

Number of Missing Observations: 0

Page 197 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 18:38:34
 CROSSTABS/TABLES OCULTO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 198 SPSS/PC+ 4/9/97

OCULTO OCULTO by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

Count	Y	GRUPO			Row
Exp Val	Y	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
Residual	Y	A			Row
Std Res	Y	1	2	3	Total
Adj Res	Y	1	2	3	Total
OCULTO	.00	41	44	44	129
AUSENCIA		43.0	43.0	43.0	86.0%
		-2.0	1.0	1.0	
		-.3	.2	.2	
		-1.0	.5	.5	
PRESENCIA	1.00	9	6	6	21
		7.0	7.0	7.0	14.0%
		2.0	-1.0	-1.0	
		.8	-.4	-.4	
		1.0	-.5	-.5	

Page 199 SPSS/PC+ 4/9/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.99668	2	.60754
Likelihood Ratio	.96470	2	.61733
Mantel-Haenszel test for linear association	.74252	1	.38885
Minimum Expected Frequency -	7.000		
Number of Missing Observations:	0		

X+% < 0.50

CROSSTABS/TABLES APER BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 7 SPSS/PC+ 4/5/97
 APER APER by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			
		Count ³			
Row Pct ³		ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row
Col Pct ³	A				
Tot Pct		1	2	3	Total
APER					
	.00	19	13	15	47
AUSENCIA		40.4	27.7	31.9	31.3
		38.0	26.0	30.0	
		12.7	8.7	10.0	
	1.00	31	37	35	103
PRESENCIA		30.1	35.9	34.0	68.7
		62.0	74.0	70.0	
		20.7	24.7	23.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 8 SPSS/PC+ 4/5/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 9 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 18:49:06
 CROSSTABS/TABLES APER BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 10 SPSS/PC+ 4/5/97
 APER APER by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			
		Count ³			
Exp Val ³		ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row
Residual ³	A				
Std Res ³		1	2	3	Total
Adj Res					
APER					
	.00	19	13	15	47
AUSENCIA		15.7	15.7	15.7	31.3%
		3.3	-2.7	-.7	
		.8	-.7	-.2	
		1.2	-1.0	-.2	
	1.00	31	37	35	103
PRESENCIA		34.3	34.3	34.3	68.7%
		-3.3	2.7	.7	
		-.6	.5	.1	
		-1.2	1.0	.2	

Page 11 SPSS/PC+ 4/5/97
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.73518	2	.41996
Likelihood Ratio	1.72402	2	.42231
Mantel-Haenszel test for linear association	.73869	1	.39008
Minimum Expected Frequency -	15.667		
Number of Missing Observations:	0		

X-% < 0.61 y S-% < 0.41

□

CROSSTABS/TABLE SINR BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 131 SPSS/PC+ 11/25/99
 SINR NORABIA by GRUPO

Page 1 of 1

SINR	Count ^a	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	15	12	11	38
		12.7	12.7	12.7	25.3%
		2.3	-.7	-1.7	
		.7	-.2	-.5	
		.9	-.3	-.7	
PRESENCIA	1.00	35	38	39	112
		37.3	37.3	37.3	74.7%
		-2.3	.7	1.7	
		-.4	.1	.3	
		-.9	.3	.7	

Page 132 SPSS/PC+ 11/25/99
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.91635	2	.63244
Likelihood Ratio	.90509	2	.63601
Mantel-Haenszel test for linear association	.84023	1	.35933
Minimum Expected Frequency -	12.667		

Number of Missing Observations: 0

Page 133 SPSS/PC+ 11/25/99

This procedure was completed at 18:48:18

Page 134 SPSS/PC+ 11/25/99

FINISH

□

X-% > 0.29

CROSSTABS/TABLES DERRAPA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 32 SPSS/PC+ 4/5/97
 DERRAPA DERRAPA by GRUPO

Page 1 of 1

		Count	GRUPO			
		Row Pct	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
		Col Pct	A			
		Tot Pct				
DERRAPA			1	2	3	Total
AUSENCIA	.00		34	34	33	101
			33.7	33.7	32.7	67.3
			68.0	68.0	66.0	
			22.7	22.7	22.0	
PRESENCIA	1.00		16	16	17	49
			32.7	32.7	34.7	32.7
			32.0	32.0	34.0	
			10.7	10.7	11.3	
Column		50	50	50	150	
Total		33.3	33.3	33.3	100.0	

Page 33 SPSS/PC+ 4/5/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 34 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 22:35:36
 CROSSTABS/TABLES DERRAPA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 35 SPSS/PC+ 4/5/97
 DERRAPA DERRAPA by GRUPO

Page 1 of 1

		Count	GRUPO			
		Exp Val	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
		Residual	A			
		Std Res				
		Adj Res				
DERRAPA			1	2	3	Total
AUSENCIA	.00		34	34	33	101
			33.7	33.7	33.7	67.3%
			.3	.3	-.7	
			.1	.1	-.1	
		.1	.1	-.2		
PRESENCIA	1.00		16	16	17	49
			16.3	16.3	16.3	32.7%
			-.3	-.3	.7	
			-.1	-.1	.2	
		-.1	-.1	.2		

Page 36 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.06062	2	.97015
Likelihood Ratio	.06040	2	.97025
Mantel-Haenszel test for linear association	.04516	1	.83171

Minimum Expected Frequency - 16.333
 Number of Missing Observations: 0



CROSSTABS/TABLES EBPBY BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 56 SPSS/PC+ 3/6/97
 EBPBY by GRUPO

Page 1 of 1

		GRUPO			
		1	2	3	Total
EBPBY	0	29	36	38	103
	AUSENCIA	34.3	34.3	34.3	68.7%
		-5.3	1.7	3.7	
		-.9	.3	.6	
		-2.0	.6	1.4	
PRESENCIA	1	21	14	12	47
		15.7	15.7	15.7	31.3%
		5.3	-1.7	-3.7	
		1.3	-.4	-.9	
		2.0	-.6	-1.4	

Page 57 SPSS/PC+ 3/6/97
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.15203	2	.12543
Likelihood Ratio	4.09002	2	.12938
Mantel-Haenszel test for linear association	3.73962	1	.05314
Minimum Expected Frequency -	15.667		

Number of Missing Observations: 0

Page 58 SPSS/PC+ 3/6/97

This procedure was completed at 19:13:02

Page 59 SPSS/PC+ 3/6/97

get FILE 'A:\ROALL.SYS'.
 The SPSS/PC+ system file is read from
 file A:\ROALL.SYS
 The file was created on 2/6/97 at 21:34:47
 and is titled SPSS/PC+
 The SPSS/PC+ system file contains
 150 cases, each consisting of
 125 variables (including system variables).
 125 variables will be used in this session.

Page 60 SPSS/PC+ 3/6/97

This procedure was completed at 19:15:24
 SET LISTING 'A:\ROJI2.RES'.

CROSSTABS/TABLES BLANCA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

BLANCA BLANCA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

	Count	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row Total
		A			
Row Pct	Col Pct	1	2	3	
BLANCA	.00	20	24	24	68
AUSENCIA		29.4	35.3	35.3	45.3
		40.0	48.0	48.0	
		13.3	16.0	16.0	
PRESENCIA	1.00	30	26	26	82
		36.6	31.7	31.7	54.7
		60.0	52.0	52.0	
		20.0	17.3	17.3	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Number of Missing Observations: 0

This procedure was completed at 19:35:53
 CROSSTABS/TABLES BLANCA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

BLANCA BLANCA by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

	Count	Exp Val	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row Total
			A			
Residual	Std Res	Adj Res	1	2	3	
BLANCA	.00	20	24	24	24	68
AUSENCIA		22.7	22.7	22.7	22.7	45.3%
		-2.7	1.3	1.3	1.3	
		-.6	.3	.3	.3	
		-.9	.5	.5	.5	
PRESENCIA	1.00	30	26	26	26	82
		27.3	27.3	27.3	27.3	54.7%
		2.7	-1.3	-1.3	-1.3	
		.5	-.3	-.3	-.3	
		.9	-.5	-.5	-.5	

Column Total	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.86083	2	.65024
Likelihood Ratio	.86503	2	.64888
Mantel-Haenszel test for linear association	.64132	1	.42323
Minimum Expected Frequency -	22.667		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES REBLANCA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 55 SPSS/PC+ 4/5/97

REBLANCA REBLANCA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

REBLANCA	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
.00 AUSENCIA	34	37	40	111	
	30.6	33.3	36.0	74.0	
	68.0	74.0	80.0		
	22.7	24.7	26.7		
1.00 PRESENCIA	16	13	10	39	
	41.0	33.3	25.6	26.0	
	32.0	26.0	20.0		
	10.7	8.7	6.7		
Column	50	50	50	150	
Total	33.3	33.3	33.3	100.0	

Page 56 SPSS/PC+ 4/5/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 57 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 19:43:17
 CROSSTABS/TABLES REBLANCA BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 58 SPSS/PC+ 4/5/97

REBLANCA REBLANCA by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

REBLANCA	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
.00 AUSENCIA	34	37	40	111	
	37.0	37.0	37.0	74.0%	
	-3.0	.0	3.0		
	-.5	.0	.5		
1.00 PRESENCIA	16	13	10	39	
	13.0	13.0	13.0	26.0%	
	3.0	.0	-3.0		
	.8	.0	-.8		
	1.2	.0	-1.2		

Page 59 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.87110	2	.39237
Likelihood Ratio	1.88419	2	.38981
Mantel-Haenszel test for linear association	1.85863	1	.17278
Minimum Expected Frequency -	13.000		



CROSSTABS/TABLES ALUCINA BY GRUPO/
CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 67 SPSS/PC+ 4/5/97

ALUCINA ALUCINA by GRUPO Page 1 of 1

		GRUPO			
Count		1	2	3	Total
Row Pct	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL				Row
Col Pct	A				
Tot Pct					
ALUCINA	.00	41	44	44	129
AUSENCIA		31.8	34.1	34.1	86.0
		82.0	88.0	88.0	
		27.3	29.3	29.3	
PRESENCIA	1.00	9	6	6	21
		42.9	28.6	28.6	14.0
		18.0	12.0	12.0	
		6.0	4.0	4.0	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 68 SPSS/PC+ 4/5/97

Number of Missing Observations: 0

Page 69 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 19:59:32

CROSSTABS/TABLES ALUCINA BY GRUPO/

CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
STATISTICS=CHISQ.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 70 SPSS/PC+ 4/5/97

ALUCINA ALUCINA by GRUPO Page 1 of 1

		GRUPO			
Count		1	2	3	Total
Exp Val		ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row
Residual		A			
Std Res					
Adj Res					
ALUCINA	.00	41	44	44	129
AUSENCIA		43.0	43.0	43.0	86.0%
		-2.0	1.0	1.0	
		-.3	.2	.2	
		-1.0	.5	.5	
PRESENCIA	1.00	9	6	6	21
		7.0	7.0	7.0	14.0%
		2.0	-1.0	-1.0	
		.8	-.4	-.4	
		1.0	-.5	-.5	

Page 71 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.99668	2	.60754
Likelihood Ratio	.96470	2	.61733
Mantel-Haenszel test for linear association	.74252	1	.38885
Minimum Expected Frequency -	7.000		
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES DESLIZ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 103 SPSS/PC+ 4/5/97

DESLIZ DESLIZ by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

DESLIZ	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	47	47	48	142
		33.1	33.1	33.8	94.7
		94.0	94.0	96.0	
		31.3	31.3	32.0	
PRESENCIA	1.00	3	3	2	8
		37.5	37.5	25.0	5.3
		6.0	6.0	4.0	
		2.0	2.0	1.3	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 104 SPSS/PC+ 4/5/97

Number of Missing Observations: 0

Page 105 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 21:34:56
 CROSSTABS/TABLES DESLIZ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 106 SPSS/PC+ 4/5/97

DESLIZ DESLIZ by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

DESLIZ	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	ANOREXIA DEPRESIV NORMAL			Row Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	47	47	48	142
		47.3	47.3	47.3	94.7%
		-.3	-.3	.7	
		.0	.0	.1	
		-.3	-.3	.5	
PRESENCIA	1.00	3	3	2	8
		2.7	2.7	2.7	5.3%
		.3	.3	-.7	
		.2	.2	-.4	
		.3	.3	-.5	

Page 107 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.26408	2	.87630
Likelihood Ratio	.27673	2	.87078
Mantel-Haenszel test for linear association	.19674	1	.65736
Minimum Expected Frequency -	2.667		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	
Number of Missing Observations:	0		

CROSSTABS/TABLES MADESLIZ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 19 SPSS/PC+ 4/5/97

MADESLIZ MADESLIZ by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

MADESLIZ	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	48	44	50	142
		33.8	31.0	35.2	94.7
		96.0	88.0	100.0	
		32.0	29.3	33.3	
PRESENCIA	1.00	2	6		8
		25.0	75.0		5.3
		4.0	12.0		
		1.3	4.0		
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 20 SPSS/PC+ 4/5/97

Number of Missing Observations: 0

Page 21 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 22:27:33
 CROSSTABS/TABLES MADESLIZ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 22 SPSS/PC+ 4/5/97

MADESLIZ MADESLIZ by GRUPO GRUPO Page 1 of 1

MADESLIZ	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	48	44	50	142
		47.3	47.3	47.3	94.7%
		.7	-3.3	2.7	
		.1	-.5	.4	
		.5	-2.6	2.1	
PRESENCIA	1.00	2	6	0	8
		2.7	2.7	2.7	5.3%
		-.7	3.3	-2.7	
		-.4	2.0	-1.6	
		-.5	2.6	-2.1	

Page 23 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	7.39437	2	.02479
Likelihood Ratio	8.97774	2	.01123
Mantel-Haenszel test for linear association	.78697	1	.37502
Minimum Expected Frequency -	2.667		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	
Number of Missing Observations:	0		

ESTADÍSTICO φ

```
[IF (GRUPO EQ 1)NIGRU=1]
[IF (GRUPO EQ 2)NIGRU=0]
[IF (LV2 GT 1)LOCO=1]
[IF (LV2 LE 1)LOCO=0]
VARIABLE LABELS NIGRU 'PATO'/LOCO 'LOCO'.
VALUE LABELS NIGRU 1 'ANOR' 0 'DEPRE'/LOCO 1 'PRESENCIA' 0 'AUSENCIA'.
SAVE OUTFILE 'A:ROAL46.SYS'.
The raw data or transformation pass is proceeding
150 cases are written to the compressed active file.
The SPSS/PC+ system file is written to
file A:ROAL46.SYS_
127 variables (including system variables) will be saved.
0 variables have been dropped.
```

This procedure was completed at 23:05:53
 CROSSTABS/TABLES LOCO BY NIGRU/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=PHI.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 53 SPSS/PC+ 4/5/97
 LOCO LOCO by NIGRU PATO

Page 1 of 1

LOCO	NIGRU	Count	Exp Val	Residual	Std Res	Adj Res	Row
		³	³	³ DEPRE	³	³	
		.00	1.00	Total			
AUSENCIA	.00	44	48	92			
		46.0	46.0	92.0%			
		-2.0	2.0				
		-.3	.3				
		-1.5	1.5				
PRESENCIA	1.00	6	2	8			
		4.0	4.0	8.0%			
		2.0	-2.0				
		1.0	-1.0				
		1.5	-1.5				

Page 54 SPSS/PC+ 4/5/97
 Column 50 50 100
 Total 50.0% 50.0% 100.0%

Statistic	Value	ASE1	T-value	Approximate Significance
Phi	.14744			.14037 *1
Cramer's V	.14744			.14037 *1

*1 Pearson chi-square probability
 Number of Missing Observations: 50

Page 55 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 23:07:14

Page 56 SPSS/PC+ 4/5/97

FINISH

CROSSTABS/TABLES MDESLIZ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 6 SPSS/PC+ 4/5/97

MDESLIZ MDESLIZ by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

MDESLIZ	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	46	44	48	138
		33.3	31.9	34.8	92.0
		92.0	88.0	96.0	
		30.7	29.3	32.0	
PRESENCIA	1.00	4	6	2	12
		33.3	50.0	16.7	8.0
		8.0	12.0	4.0	
		2.7	4.0	1.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 7 SPSS/PC+ 4/5/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 8 SPSS/PC+ 4/5/97

This procedure was completed at 22:20:56
 CROSSTABS/TABLES MDESLIZ BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 9 SPSS/PC+ 4/5/97

MDESLIZ MDESLIZ by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

MDESLIZ	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	46	44	48	138
		46.0	46.0	46.0	92.0%
		.0	-2.0	2.0	
		.0	-.3	.3	
		.0	-1.3	1.3	
PRESENCIA	1.00	4	6	2	12
		4.0	4.0	4.0	8.0%
		.0	2.0	-2.0	
		.0	1.0	-1.0	
		.0	1.3	-1.3	

Page 10 SPSS/PC+ 4/5/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.17391	2	.33724
Likelihood Ratio	2.26696	2	.32191
Mantel-Haenszel test for linear association	.53986	1	.46249
Minimum Expected Frequency -	4.000		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	
Number of Missing Observations:	0		

D < Adj D

CROSSTABS/TABLE IMPUL BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 54 SPSS/PC+ 11/25/99
 IMPUL IMPULSIVO by GRUPO

Page 1 of 1

IMPUL	Count ³	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	34	35	36	105
		35.0	35.0	35.0	70.0%
		-1.0	.0	1.0	
		-.2	.0	.2	
		-.4	.0	.4	
PRESENCIA	1.00	16	15	14	45
		15.0	15.0	15.0	30.0%
		1.0	.0	-1.0	
		.3	.0	-.3	
		.4	.0	-.4	

Page 55 SPSS/PC+ 11/25/99
 Column 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.19048	2	.90916
Likelihood Ratio	.19059	2	.90911
Mantel-Haenszel test for linear association	.18921	1	.66358
Minimum Expected Frequency -	15.000		

Number of Missing Observations: 0

Page 56 SPSS/PC+ 11/25/99

This procedure was completed at 17:23:13

m+Y > 2

CROSSTABS/TABLE SI BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 94 SPSS/PC+ 11/25/99
 SI SITUACIONAL by GRUPO

Page 1 of 1

SI		GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	25	32	33	90
		30.0	30.0	30.0	60.0%
		-5.0	2.0	3.0	
		-.9	.4	.5	
		-1.8	.7	1.1	
PRESENCIA	1.00	25	18	17	60
		20.0	20.0	20.0	40.0%
		5.0	-2.0	-3.0	
		1.1	-.4	-.7	
		1.8	-.7	-1.1	

Page 95 SPSS/PC+ 11/25/99

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3.16667	2	.20529
Likelihood Ratio	3.14342	2	.20769
Mantel-Haenszel test for linear association	2.64889	1	.10362
Minimum Expected Frequency -	20.000		

Number of Missing Observations: 0

Page 96 SPSS/PC+ 11/25/99

This procedure was completed at 18:22:20

SET LISTING 'B:ROJI89.RES'.

CROSSTABS/TABLES CONTROL BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

CONTROL CONTROL by GRUPO

		GRUPO			Page 1 of 1
Count	Y				
Row Pct	Y	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
Col Pct	Y	A			
Tot Pct					
		1	2	3	Total
CONTROL					
AUSENCIA	.00	37	40	30	107
		34.6	37.4	28.0	71.3
		74.0	80.0	60.0	
		24.7	26.7	20.0	
PRESENCIA	1.00	13	10	20	43
		30.2	23.3	46.5	28.7
		26.0	20.0	40.0	
		8.7	6.7	13.3	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

This procedure was completed at 17:15:56
 CROSSTABS/TABLES CONTROL BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

CONTROL CONTROL by GRUPO

		GRUPO			Page 1 of 1
Count	Y				
Exp Val	Y	ANOREXIA	DEPRESIV	NORMAL	Row
Residual	Y	A			
Std Res	Y				
Adj Res					
		1	2	3	Total
CONTROL					
AUSENCIA	.00	37	40	30	107
		35.7	35.7	35.7	71.3%
		1.3	4.3	-5.7	
		.2	.7	-.9	
		.5	1.7	-2.2	
PRESENCIA	1.00	13	10	20	43
		14.3	14.3	14.3	28.7%
		-1.3	-4.3	5.7	
		-.4	-1.1	1.5	
		-.5	-1.7	2.2	

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	5.15105	2	.07611
Likelihood Ratio	5.09491	2	.07828
Mantel-Haenszel test for linear association	2.38024	1	.12288
Minimum Expected Frequency -	14.333		
Number of Missing Observations:	0		



CROSSTABS/TABLE IN BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 73 SPSS/PC+ 11/25/99
 IN INCONTROLABLE by GRUPO

Page 1 of 1

IN		GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	41	43	39	123
		41.0	41.0	41.0	82.0%
		.0	2.0	-2.0	
		.0	.3	-.3	
		.0	.9	-.9	
PRESENCIA	1.00	9	7	11	27
		9.0	9.0	9.0	18.0%
		.0	-2.0	2.0	
		.0	-.7	.7	
		.0	-.9	.9	

Page 74 SPSS/PC+ 11/25/99
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1.08401	2	.58158
Likelihood Ratio	1.09155	2	.57939
Mantel-Haenszel test for linear association	.26920	1	.60387
Minimum Expected Frequency -	9.000		

Number of Missing Observations: 0

Page 75 SPSS/PC+ 11/25/99

This procedure was completed at 17:35:29

Page 76 SPSS/PC+ 11/25/99

CROSSTABS/TABLE PROYECTA BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 63 SPSS/PC+ 11/25/99
 PROYECTA PRO by GRUPO

Page 1 of 1

PROYECTA	Count ³	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	47	47	46	140
		46.7	46.7	46.7	93.3%
		.3	.3	-.7	
		.0	.0	-.1	
		.2	.2	-.5	
PRESENCIA	1.00	3	3	4	10
		3.3	3.3	3.3	6.7%
		-.3	-.3	.7	
		-.2	-.2	.4	
		-.2	-.2	.5	

Page 64 SPSS/PC+ 11/25/99
 Column 50 50 50 150
 Total 33.3% 33.3% 33.3% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.21429	2	.89840
Likelihood Ratio	.20855	2	.90098
Mantel-Haenszel test for linear association	.15964	1	.68949
Minimum Expected Frequency -	3.333		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	

Number of Missing Observations: 0

Page 65 SPSS/PC+ 11/25/99

Page 66 SPSS/PC+ 11/25/99

This procedure was completed at 17:32:05

Sum C' > SumpondC

CROSSTABS/TABLE CU BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 82
 CU CUERPO by GRUPO

SPSS/PC+

11/25/99

Page 1 of 1

CU	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	42	39	39	120
		40.0	40.0	40.0	80.0%
		2.0	-1.0	-1.0	
		.3	-.2	-.2	
		.9	-.4	-.4	
PRESENCIA	1.00	8	11	11	30
		10.0	10.0	10.0	20.0%
		-2.0	1.0	1.0	
		-.6	.3	.3	
		-.9	.4	.4	

Page 83

SPSS/PC+

11/25/99

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.75000	2	.68729
Likelihood Ratio	.77215	2	.67972
Mantel-Haenszel test for linear association	.55875	1	.45476
Minimum Expected Frequency -	10.000		

Number of Missing Observations: 0

Page 84

SPSS/PC+

11/25/99

This procedure was completed at 17:39:53

Fr + rF > 0

CROSSTABS/TABLES PRESUME BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 207 SPSS/PC+ 4/9/97

PRESUME PRESUME by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

PRESUME	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	31	41	34	106
		29.2	38.7	32.1	70.7
		62.0	82.0	68.0	
		20.7	27.3	22.7	
PRESENCIA	1.00	19	9	16	44
		43.2	20.5	36.4	29.3
		38.0	18.0	32.0	
		12.7	6.0	10.7	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 208 SPSS/PC+ 4/9/97

Number of Missing Observations: 0

Page 209 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 19:14:47
 CROSSTABS/TABLES PRESUME BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 210 SPSS/PC+ 4/9/97

PRESUME PRESUME by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

PRESUME	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	31	41	34	106
		35.3	35.3	35.3	70.7%
		-4.3	5.7	-1.3	
		-.7	1.0	-.2	
PRESENCIA	1.00	19	9	16	44
		14.7	14.7	14.7	29.3%
		4.3	-5.7	1.3	
		1.1	-1.5	.3	
		1.6	-2.2	.5	

Page 211 SPSS/PC+ 4/9/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	5.08148	2	.07881
Likelihood Ratio	5.30011	2	.07065
Mantel-Haenszel test for linear association	.43128	1	.51136
Minimum Expected Frequency -	14.667		

Number of Missing Observations: 0

H > (H) + (Hd) + Hd

CROSSTABS/TABLES BIEN BY GRUPO/

CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 222 SPSS/PC+ 4/9/97

BIEN BIEN by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

BIEN	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	37	43	40	120
	Row Pct	30.8	35.8	33.3	80.0
	Col Pct	74.0	86.0	80.0	
	Tot Pct	24.7	28.7	26.7	
PRESENCIA	1.00	13	7	10	30
	Row Pct	43.3	23.3	33.3	20.0
	Col Pct	26.0	14.0	20.0	
	Tot Pct	8.7	4.7	6.7	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 223 SPSS/PC+ 4/9/97

Number of Missing Observations: 0

Page 224 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 19:25:14

CROSSTABS/TABLES BIEN BY GRUPO/

CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.

Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 225 SPSS/PC+ 4/9/97

BIEN BIEN by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

BIEN	Count	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	37	43	40	120
	Exp Val	40.0	40.0	40.0	80.0%
	Residual	-3.0	3.0	.0	
	Std Res	-.5	.5	.0	
	Adj Res	-1.3	1.3	.0	
PRESENCIA	1.00	13	7	10	30
	Exp Val	10.0	10.0	10.0	20.0%
	Residual	3.0	-3.0	.0	
	Std Res	.9	-.9	.0	
	Adj Res	1.3	-1.3	.0	

Page 226 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2.25000	2	.32465
Likelihood Ratio	2.27845	2	.32007
Mantel-Haenszel test for linear association	.55875	1	.45476
Minimum Expected Frequency -	10.000		

Number of Missing Observations: 0

An+Xy > 3

CROSSTABS/TABLES PSICO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 239 SPSS/PC+ 4/9/97

PSICO PSICO by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

PSICO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		YANOREXIA A	DEPRESIV A	NORMAL	
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	47	48	47	142
		33.1	33.8	33.1	94.7
		94.0	96.0	94.0	
		31.3	32.0	31.3	
PRESENCIA	1.00	3	2	3	8
		37.5	25.0	37.5	5.3
		6.0	4.0	6.0	
		2.0	1.3	2.0	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 240 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 241 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 19:37:03
 CROSSTABS/TABLES PSICO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 242 SPSS/PC+ 4/9/97

PSICO PSICO by GRUPO

GRUPO Page 1 of 1

PSICO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		YANOREXIA A	DEPRESIV A	NORMAL	
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	47	48	47	142
		47.3	47.3	47.3	94.7%
		-.3	.7	-.3	
		.0	.1	.0	
		-.3	.5	-.3	
PRESENCIA	1.00	3	2	3	8
		2.7	2.7	2.7	5.3%
		.3	-.7	.3	
		.2	-.4	.2	
		.3	-.5	.3	

Page 243 SPSS/PC+ 4/9/97

Column Total	50	50	50	150
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	.26408	2	.87630
Likelihood Ratio	.27673	2	.87078
Mantel-Haenszel test for linear association	.00000	1	1.00000
Minimum Expected Frequency -	2.667		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	6 (50.0%)	

Number of Missing Observations: 0

An+Xy > 1

CROSSTABS/TABLES CO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 258 SPSS/PC+ 4/9/97

CO CO by GRUPO

Page 1 of 1

CO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	42	38	31	111
		37.8	34.2	27.9	74.0
		84.0	76.0	62.0	
		28.0	25.3	20.7	
PRESENCIA	1.00	8	12	19	39
		20.5	30.8	48.7	26.0
		16.0	24.0	38.0	
		5.3	8.0	12.7	
Column Total		50	50	50	150
		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 259 SPSS/PC+ 4/9/97
 Number of Missing Observations: 0

Page 260 SPSS/PC+ 4/9/97

This procedure was completed at 19:45:41
 CROSSTABS/TABLES CO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/STATISTICS=CHISQ.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 261 SPSS/PC+ 4/9/97

CO CO by GRUPO

Page 1 of 1

CO	Count Exp Val Residual Std Res Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	42	38	31	111
		37.0	37.0	37.0	74.0%
		5.0	1.0	-6.0	
		.8	.2	-1.0	
		2.0	.4	-2.4	
PRESENCIA	1.00	8	12	19	39
		13.0	13.0	13.0	26.0%
		-5.0	-1.0	6.0	
		-1.4	-.3	1.7	
		-2.0	-.4	2.4	

Page 262 SPSS/PC+ 4/9/97

Column	50	50	50	150
Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	6.44491	2	.03986
Likelihood Ratio	6.43568	2	.04004
Mantel-Haenszel test for linear association	6.24705	1	.01244

Minimum Expected Frequency - 13.000

Number of Missing Observations: 0

H+A > Hd+Ad

CROSSTABS/TABLE PRES BY GRUPO/
 CELLS= COUNT EXPECTED RESID SRESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 112 SPSS/PC+ 11/25/99
 PRES MAYOR by GRUPO

Page 1 of 1

PRES	Count ^a	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	4	9	6	19
		6.3	6.3	6.3	12.7%
		-2.3	2.7	-.3	
		-.9	1.1	-.1	
		-1.2	1.4	-.2	
PRESENCIA	1.00	46	41	44	131
		43.7	43.7	43.7	87.3%
		2.3	-2.7	.3	
		.4	-.4	.1	
		1.2	-1.4	.2	

Page 113 SPSS/PC+ 11/25/99

Chi-Square	Column	50	50	50	150	Significance
	Total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	
			Value		DF	

Pearson	2.29008	2	.31821
Likelihood Ratio	2.29142	2	.31800
Mantel-Haenszel test for linear association	.35918	1	.54896
Minimum Expected Frequency -	6.333		

Number of Missing Observations: 0

Page 114 SPSS/PC+ 11/25/99

This procedure was completed at 18:34:32

Per > 2

CROSSTABS/TABLES RIGIDO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT ROW COL TOTAL.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 3 SPSS/PC+ 11/26/99

RIGIDO AUTOR by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

RIGIDO	Count Row Pct Col Pct Tot Pct	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	41	38	38	117
		35.0	32.5	32.5	78.0
		82.0	76.0	76.0	
		27.3	25.3	25.3	
PRESENCIA	1.00	9	12	12	33
		27.3	36.4	36.4	22.0
		18.0	24.0	24.0	
		6.0	8.0	8.0	
Column		50	50	50	150
Total		33.3	33.3	33.3	100.0

Page 4 SPSS/PC+ 11/26/99
 Number of Missing Observations: 0

Page 5 SPSS/PC+ 11/26/99

This procedure was completed at 14:50:11
 CROSSTABS/ TABLES RIGIDO BY GRUPO/
 CELLS=COUNT EXPECTED RESID ASRESID/
 STATISTICS=CHISQS.
 Memory allows for 8,898 cells with 2 dimensions for general CROSSTABS.

Page 6 SPSS/PC+ 11/26/99

RIGIDO AUTOR by GRUPO
 GRUPO Page 1 of 1

RIGIDO	Count Exp Val Residual Adj Res	GRUPO			Total
		1	2	3	
AUSENCIA	.00	41	38	38	117
		39.0	39.0	39.0	78.0%
		2.0	-1.0	-1.0	
		.8	-.4	-.4	
PRESENCIA	1.00	9	12	12	33
		11.0	11.0	11.0	22.0%
		-2.0	1.0	1.0	
		-.8	.4	.4	
Column		50	50	50	150
Total		33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Page 7 SPSS/PC+ 11/26/99
 Chi-Square Value DF Significance

Pearson	.69930	2	.70493
Likelihood Ratio	.71706	2	.69870
Mantel-Haenszel test for linear association	.52098	1	.47042

Minimum Expected Frequency - 11.000

Number of Missing Observations: 0

Discriminante

Advertencia

La opción SEPARATE implica efectuar la clasificación en función de las matrices de covarianza de los grupos de las funciones canónicas discriminantes, y no las de las variables originales. Si hay menos funciones que variables, esta opción tiene unos efectos.

Resumen del procesamiento para el análisis de casos

Casos no ponderados		N	Porcentaje
Válidos		150	100,0
Excluidos	Código de grupo de perdido o fuera de rango	0	,0
	Perdida al menos una variable discriminante	0	,0
	Perdidos o fuera de rango ambos, el código de grupo y al menos una de las variables discriminantes.	0	,0
	Total	0	,0
Total		150	100,0

Estadísticas del grupo

GRUPO		Media	Desv. típ.	N válido (según lista)	
				Nc ponderados	Ponderados
1 ANOREXIA	ACROM	1,820	1,674	50	50,000
	DQV	,980	1,097	50	50,000
	M	4,460	3,882	50	50,000
	MQO	2,100	1,619	50	50,000
	MNONE	,140	,351	50	50,000
	MP	2,900	2,957	50	50,000
	PASIVO	5,080	3,475	50	50,000
	EA	7,890	4,738	50	50,000
	ADJD	4,000E-02	1,551	50	50,000
	FD	,580	,971	50	50,000
	HP	1,720	2,031	50	50,000
	ADP	6,000E-02	,240	50	50,000
SUMH	6,460	4,900	50	50,000	
2 DEPRESIVA	ACROM	2,540	2,178	50	50,000
	DQV	1,200	1,278	50	50,000
	M	2,980	2,470	50	50,000
	MQO	1,420	1,401	50	50,000
	MNONE	2,000E-02	,141	50	50,000
	MP	1,840	1,719	50	50,000
	PASIVO	3,400	2,466	50	50,000
	EA	6,000	3,678	50	50,000
	ADJD	-,640	1,258	50	50,000
	FD	,540	,646	50	50,000
	HP	,840	,976	50	50,000
	ADP	,220	,582	50	50,000
SUMH	4,680	3,341	50	50,000	
3 NORMAL	ACROM	1,960	2,364	50	50,000
	DQV	1,940	2,054	50	50,000
	M	2,820	1,966	50	50,000
	MQO	1,380	1,008	50	50,000
	MNONE	4,000E-02	,198	50	50,000
	MP	1,580	1,357	50	50,000
	PASIVO	3,720	2,807	50	50,000
	EA	5,810	3,493	50	50,000
	ADJD	-,500	1,233	50	50,000
	FD	1,380	1,665	50	50,000
	HP	,920	1,122	50	50,000
	ADP	,540	1,487	50	50,000
SUMH	5,560	3,459	50	50,000	
Total	ACROM	2,107	2,102	150	150,000
	DQV	1,373	1,578	150	150,000
	M	3,420	2,963	150	150,000
	MQO	1,633	1,397	150	150,000
	MNONE	6,667E-02	,250	150	150,000
	MP	2,107	2,186	150	150,000
	PASIVO	4,067	3,016	150	150,000
	EA	6,567	4,091	150	150,000
	ADJD	-,367	1,378	150	150,000
	FD	,833	1,228	150	150,000
	HP	1,160	1,498	150	150,000
	ADP	,273	,948	150	150,000
SUMH	5,567	4,004	150	150,000	

Pruebas de igualdad de las medias de los grupos

	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
ACROM	,978	1,664	2	147	,193
DQV	,932	5,376	2	147	,006
M	,938	4,898	2	147	,009
MQO	,944	4,385	2	147	,014
MNONE	,956	3,406	2	147	,036
MP	,931	5,417	2	147	,005
PASIVO	,941	4,584	2	147	,012
EA	,947	4,117	2	147	,018
ADJD	,954	3,511	2	147	,032
FD	,900	8,155	2	147	,000
HP	,929	5,606	2	147	,005
ADP	,955	3,435	2	147	,035
SUMH	,967	2,521	2	147	,084

Análisis 1

Prueba de Box sobre la igualdad de las matrices de covarianza

Logaritmo de los determinantes

GRUPO	Rango	Logaritmo del determinante
1 ANOREXIA	3	,004
2 DEPRESIVA	3	-3,789
3 NORMAL	3	-1,882
Intra-grupos combinada	3	-1,001

Los rangos y logaritmos naturales de los determinantes impresos son los de las matrices de covarianza de los grupos.

Resultados de la prueba

M de Box		130,515
F	Aprox.	10,554
	gl1	12
	gl2	104720,54
	Sig.	,000

Contrasta la hipótesis nula de que las matrices de covarianza poblacionales son iguales.

Estadísticos por pasos

Variables introducidas/eliminadas^{a,b,c,d}

Paso	Introducidas	Lambda de Wilks							
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	FD	,900	1	2	147,000	8,155	2	147,000	,000
2	MP	,830	2	2	147,000	7,115	4	292,000	,000
3	MNONE	,788	3	2	147,000	6,116	6	290,000	,000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

- El número máximo de pasos es 26.
- La F parcial mínima para entrar es 3.84.
- Maximum partial F to remove is 2.71.
- El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.

Variables en el análisis

Paso		Tolerancia	F que eliminar	Lambda de Wilks
1	FD	1,000	8,155	
2	FD	,988	8,889	,931
	MP	,988	6,144	,900
3	FD	,975	9,370	,890
	MP	,986	6,212	,855
	MNONE	,986	3,890	,830

VARIABLES NO INCLUIDAS EN EL ANÁLISIS

Paso		Tolerancia	Tolerancia mín.	F que introducir	Lambda de Wilks	
0	ACROM	1,000	1,000	1,664	,978	
	DQV	1,000	1,000	5,376	,932	
	M	1,000	1,000	4,898	,938	
	MQO	1,000	1,000	4,385	,944	
	MNONE	1,000	1,000	3,406	,956	
	MP	1,000	1,000	5,417	,931	
	PASIVO	1,000	1,000	4,584	,941	
	EA	1,000	1,000	4,117	,947	
	ADJD	1,000	1,000	3,511	,954	
	FD	1,000	1,000	8,155	,900	
	HP	1,000	1,000	5,606	,929	
	ADP	1,000	1,000	3,435	,955	
	SUMH	1,000	1,000	2,521	,967	
1	ACROM	,940	,940	2,838	,866	
	DQV	,967	,967	3,101	,863	
	M	,993	,993	5,338	,839	
	MQO	,995	,995	4,682	,846	
	MNONE	,988	,988	3,809	,855	
	MP	,988	,988	6,144	,830	
	PASIVO	,942	,942	6,065	,831	
	EA	,959	,959	5,628	,836	
	ADJD	,957	,957	3,358	,861	
	HP	1,000	1,000	5,582	,836	
	ADP	,991	,991	2,377	,872	
	SUMH	,986	,986	2,610	,869	
	2	ACROM	,936	,932	2,866	,799
DQV		,942	,942	1,954	,808	
M		,257	,256	,329	,627	
MQO		,692	,687	,939	,820	
MNONE		,986	,975	3,890	,788	
PASIVO		,258	,258	1,093	,618	
EA		,566	,566	,957	,619	
ADJD		,772	,772	2,073	,607	
HP		,650	,640	2,452	,603	
ADP		,989	,980	2,548	,602	
SUMH		,409	,409	2,459	,603	
3		ACROM	,933	,923	3,030	,756
		DQV	,898	,898	2,906	,757
	M	,248	,247	,151	,786	
	MQO	,686	,682	,585	,782	
	PASIVO	,250	,250	1,736	,769	
	EA	,518	,518	,227	,786	
	ADJD	,726	,726	1,802	,769	
	HP	,650	,639	2,318	,763	
	ADP	,988	,968	2,597	,761	
	SUMH	,409	,409	2,464	,762	

Lambda de Wilks

Paso	Número de variables	Lambda	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	1	,900	1	2	147	8,155	2	147,000	4,381E-04
2	2	,830	2	2	147	7,115	4	292,000	1,769E-05
3	3	,788	3	2	147	6,116	6	290,000	4,739E-06

Resumen de las funciones canónicas discriminantes

Autovalores

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	,207 ^a	80,3	80,3	,414
2	,051 ^a	19,7	100,0	,220

a. Se han empleado las 2 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Lambda de Wilks

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1 a la 2	,788	34,790	6	,000
2	,951	7,267	2	,026

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función	
	1	2
MNONE	,460	,560
MP	,653	,375
FD	-,750	,652

Matriz de estructura

	Función	
	1	2
MP	,557*	,430
M ^a	,530*	,417
ADJD ^a	,498*	,112
SUMH ^a	,408*	,362
MQO ^a	,339*	,289
HP ^z	,231*	,150
FD	-,628	,754*
MNONE	,359	,620*
EA ^a	,366	,493*
PASIVO ^a	,329	,420*
ACROM ^a	-,094	,238*
DQV ^a	-,117	,200*
ADP ^a	-,014	,105*

Correlaciones intra-grupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

*. Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

a. Esta variable no se emplea en el análisis.

Coefficientes de las funciones canónicas discriminantes

	Función	
	1	2
MNONE	1,868	2,274
MP	,307	,176
FD	-,639	,556
(Constante)	-,239	-,986

Coefficientes no tipificados

Funciones en los centroides de los grupos

GRUPO	Función	
	1	2
1 ANOREXIA	,543	,166
2 DEPRESIVA	1,844E-02	-,316
3 NORMAL	-,561	,150

Funciones discriminantes canónicas no tipificadas evaluadas en las medias de los grupos

Covarianzas de grupo de las funciones discriminantes canónicas

GRUPO	Función	1	2
1 ANOREXIA	1	1,583	,566
	2	,566	1,105
2 DEPRESIVA	1	,544	,163
	2	,163	,413
3 NORMAL	1	,873	-,729
	2	-,729	1,483

La matriz de covarianza intra-grupo combinada de las funciones canónicas discriminantes es por definición una matriz identidad.

Prueba de Box sobre la igualdad de las matrices de covarianza de las funciones canónicas discriminantes.

Logaritmo de los determinantes

GRUPO	Rango	Logaritmo del determinante
1 ANOREXIA	2	,357
2 DEPRESIVA	2	-1,620
3 NORMAL	2	-,270
(matriz identidad)	2	,000

Los rangos y logaritmos naturales de los determinantes impresos son los de las matrices de covarianza de los grupos de las funciones canónicas discriminantes.

Resultados de la prueba

M de Box		75,158
F	Aprox.	12,280
	gl1	6
	gl2	538562,77
	Sig.	,000

Contrasta la hipótesis nula de las matrices de covarianza de poblaciones iguales de las funciones canónicas discriminantes.

Estadísticos de clasificación

Probabilidades previas para los grupos

GRUPO	Previas	Casos utilizados en el análisis	
		No ponderados	Ponderados
1 ANOREXIA	,333	50	50,000
2 DEPRESIVA	,333	50	50,000
3 NORMAL	,333	50	50,000
Total	1,000	150	150,000

Análisis 1

Estadísticos de clasificación

Estadísticas por casos

Número de casos	Grupo real	Grupo mayor				
		Grupo pronosticado	P(D>d G=g)		P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide
			p	gl		
Original 1	1	2**	,694	2	,545	,730
2	1	2**	,580	2	,531	1,088
3	1	2**	,694	2	,545	,730
4	1	2**	,694	2	,545	,730
5	1	2**	,694	2	,545	,730
6	1	1	,186	2	,991	3,363
7	1	3**	,878	2	,622	,259
8	1	2**	,796	2	,529	,457
9	1	1	,208	2	,984	3,141
10	1	2**	,699	2	,536	,716
11	1	3**	,720	2	,686	,658
12	1	2**	,699	2	,536	,716
13	1	3**	,669	2	,918	,803
14	1	2**	,805	2	,506	,434
15	1	2**	,568	2	,544	1,130
16	1	2**	,694	2	,545	,730
17	1	2**	,796	2	,529	,457
18	1	1	,069	2	,999	5,339
19	1	2**	,699	2	,536	,716
20	1	2**	,694	2	,545	,730
21	1	2**	,568	2	,544	1,130
22	1	2**	,805	2	,506	,434
23	1	2**	,694	2	,545	,730
24	1	2**	,568	2	,544	1,130
25	1	2**	,384	2	,510	1,916
26	1	2**	,462	2	,473	1,544
27	1	1	,155	2	,994	3,733
28	1	3**	,878	2	,622	,259
29	1	2**	,805	2	,506	,434
30	1	1	,155	2	,994	3,733
31	1	1	,277	2	,972	2,568
32	1	1	,106	2	,999	4,497
33	1	1	,472	2	,789	1,500
34	1	1	,264	2	,989	2,661
35	1	1	,173	2	,997	3,514
36	1	2**	,805	2	,506	,434
37	1	2**	,694	2	,545	,730
38	1	2**	,699	2	,536	,716
39	1	1	,010	2	1,000	9,271
40	1	2**	,648	2	,535	,867
41	1	2**	,580	2	,531	1,088
42	1	2**	,694	2	,545	,730
43	1	2**	,568	2	,544	1,130
44	1	2**	,580	2	,531	1,088
45	1	2**	,805	2	,506	,434
46	1	2**	,580	2	,531	1,088
47	1	1	,155	2	,994	3,733

Estadísticos por casos

	Número de casos	Grupo real	Grupo mayor				
			Grupo pronosticado	P(D>d G=g)		P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide
				p	gl		
Original	48	1	3**	,095	2	,999	4,703
	49	1	2**	,580	2	,531	1,088
	50	1	1	,711	2	,524	,682
	51	2	2	,568	2	,544	1,130
	52	2	2	,384	2	,510	1,916
	53	2	2	,694	2	,545	,730
	54	2	2	,672	2	,485	,796
	55	2	2	,580	2	,531	1,088
	56	2	2	,694	2	,545	,730
	57	2	2	,462	2	,473	1,544
	58	2	2	,720	2	,686	,658
	59	2	2	,672	2	,485	,796
	60	2	1**	,507	2	,624	1,358
	61	2	2	,672	2	,485	,796
	62	2	2	,384	2	,510	1,916
	63	2	2	,699	2	,536	,716
	64	2	2	,699	2	,536	,716
	65	2	2	,694	2	,545	,730
	66	2	2	,699	2	,536	,716
	67	2	2	,694	2	,545	,730
	68	2	2	,672	2	,485	,796
	69	2	2	,805	2	,506	,434
	70	2	1**	,043	2	1,000	6,282
	71	2	2	,699	2	,536	,716
	72	2	1**	,619	2	,688	,960
	73	2	2	,580	2	,531	1,088
	74	2	2	,672	2	,485	,796
	75	2	2	,568	2	,544	1,130
	76	2	2	,462	2	,473	1,544
	77	2	2	,805	2	,506	,434
	78	2	1**	,781	2	,717	,494
	79	2	2	,672	2	,485	,796
	80	2	2	,568	2	,544	1,130
	81	2	2	,462	2	,473	1,544
	82	2	2	,580	2	,531	1,088
	83	2	2	,699	2	,536	,716
	84	2	2	,672	2	,485	,796
	85	2	2	,805	2	,506	,434
	86	2	2	,580	2	,531	1,088
	87	2	2	,568	2	,544	1,130
	88	2	2	,694	2	,545	,730
	89	2	3**	,720	2	,686	,658
	90	2	2	,699	2	,536	,716
	91	2	2	,462	2	,473	1,544
	92	2	2	,796	2	,529	,457
	93	2	2	,580	2	,531	1,088
	94	2	1**	,711	2	,524	,682

Estadísticas por casos

Original	Número de casos	Grupo real	Grupo mayor				
			Grupo pronosticado	P(D>d G=g)		P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide
				p	gl		
	95	2	2	,699	2	,536	,716
	96	2	2	,796	2	,529	,457
	97	2	2	,805	2	,506	,434
	98	2	3**	,934	2	,678	,136
	99	2	2	,699	2	,536	,716
	100	2	2	,580	2	,531	1,088
	101	3	2**	,580	2	,531	1,088
	102	3	2**	,699	2	,536	,716
	103	3	2**	,672	2	,485	,796
	104	3	2**	,699	2	,536	,716
	105	3	3	,720	2	,686	,658
	106	3	3	,575	2	,926	1,108
	107	3	2**	,462	2	,473	1,544
	108	3	2**	,699	2	,536	,716
	109	3	2**	,462	2	,473	1,544
	110	3	3	,022	2	,998	7,674
	111	3	2**	,694	2	,545	,730
	112	3	3	,000	2	1,000	19,182
	113	3	2**	,436	2	,498	1,662
	114	3	3	,040	2	,970	6,422
	115	3	2**	,699	2	,536	,716
	116	3	2**	,699	2	,536	,716
	117	3	3	,116	2	,998	4,313
	118	3	2**	,580	2	,531	1,088
	119	3	2**	,699	2	,536	,716
	120	3	2**	,568	2	,544	1,130
	121	3	2**	,699	2	,536	,716
	122	3	1**	,262	2	,958	2,679
	123	3	3	,669	2	,918	,603
	124	3	2**	,805	2	,506	,434
	125	3	2**	,805	2	,506	,434
	126	3	2**	,672	2	,485	,796
	127	3	2**	,580	2	,531	1,088
	128	3	2**	,699	2	,536	,716
	129	3	3	,040	2	,970	6,422
	130	3	2**	,805	2	,506	,434
	131	3	2**	,796	2	,529	,457
	132	3	3	,934	2	,678	,136
	133	3	2**	,580	2	,531	1,088
	134	3	3	,878	2	,622	,259
	135	3	3	,029	2	1,000	7,114
	136	3	2**	,672	2	,485	,796
	137	3	2**	,699	2	,536	,716
	138	3	2**	,672	2	,485	,796
	139	3	2**	,805	2	,506	,434
	140	3	2**	,694	2	,545	,730
	141	3	2**	,672	2	,485	,796

Estadísticos por casos

		Grupo mayor					
		Grupo real	Grupo pronosticado	P(D>d G=g)		P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide
Número de casos				p	g		
Original	142	3	2**	,699	2	,536	,716
	143	3	3	,221	2	,987	3,018
	144	3	2**	,672	2	,485	,796
	145	3	2**	,796	2	,529	,457
	146	3	2**	,672	2	,485	,796
	147	3	3	,565	2	,887	1,143
	148	3	1**	,510	2	,441	1,345
	149	3	2**	,580	2	,531	1,088
	150	3	2**	,805	2	,506	,434

Estadísticos por casos

		Segundo grupo mayor			Puntuaciones discriminantes	
Número de casos		Grupo	P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide	Función 1	Función 2
Original	1	3	,242	1,005	,376	-,633
	2	3	,285	,979	-,239	-,986
	3	3	,242	1,005	,376	-,633
	4	3	,242	1,005	,376	-,633
	5	3	,242	1,005	,376	-,633
	6	2	,009	14,737	2,834	,778
	7	1	,221	1,707	-,596	,654
	8	3	,244	,654	,043	,099
	9	2	,015	13,484	1,297	2,020
	10	3	,279	,670	,068	-,810
	11	1	,191	2,585	-1,211	,301
	12	3	,279	,670	,068	-,810
	13	1	,077	5,121	-1,236	1,210
	14	3	,304	,102	-,264	-,078
	15	1	,275	,514	,683	-,457
	16	3	,242	1,005	,376	-,633
	17	3	,244	,654	,043	,099
	18	2	,001	22,099	3,448	1,131
	19	3	,279	,670	,068	-,810
	20	3	,242	1,005	,376	-,633
	21	1	,275	,514	,683	-,457
	22	3	,304	,102	-,264	-,078
	23	3	,242	1,005	,376	-,633
	24	1	,275	,514	,683	-,457
	25	1	,379	,534	,990	-,281
	26	3	,327	,933	-,878	-,431
	27	2	,006	16,025	1,605	2,196
	28	1	,221	1,707	-,596	,654
	29	3	,304	,102	-,264	-,078
	30	2	,006	16,025	1,605	2,196
	31	2	,028	11,635	2,526	,602
	32	2	,001	20,662	2,859	1,994
	33	2	,149	6,810	,633	1,360
	34	2	,011	13,670	2,244	1,641
	35	2	,003	16,973	2,551	1,817
	36	3	,304	,102	-,264	-,078
	37	3	,242	1,005	,376	-,633
	38	3	,279	,670	,068	-,810
	39	2	,000	36,037	4,370	1,660
	40	1	,298	,058	,351	,275
	41	3	,285	,979	-,239	-,986
	42	3	,242	1,005	,376	-,633
	43	1	,275	,514	,683	-,457
	44	3	,285	,979	-,239	-,986
	45	3	,304	,102	-,264	-,078
	46	3	,285	,979	-,239	-,986
	47	2	,006	16,025	1,605	2,196

Estadísticas por casos

		Segundo grupo mayor			Puntuaciones discriminantes	
Número de casos		Grupo	P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide	Función 1	Función 2
Original	48	1	,001	17,586	-2,514	2,321
	49	3	,285	,979	-,239	-,986
	50	2	,423	3,088	1,297	-,104
	51	1	,275	,514	,683	-,457
	52	1	,379	,534	,990	-,281
	53	3	,242	1,005	,376	-,633
	54	3	,334	,195	-,571	-,254
	55	3	,285	,979	-,239	-,986
	56	3	,242	1,005	,376	-,633
	57	3	,327	,933	-,878	-,431
	58	1	,191	2,585	-1,211	,301
	59	3	,334	,195	-,571	-,254
	60	2	,199	5,619	,326	1,183
	61	3	,334	,195	-,571	-,254
	62	1	,379	,534	,990	-,281
	63	3	,279	,670	,068	-,810
	64	3	,279	,670	,068	-,810
	65	3	,242	1,005	,376	-,633
	66	3	,279	,670	,068	-,810
	67	3	,242	1,005	,376	-,633
	68	3	,334	,195	-,571	-,254
	69	3	,304	,102	-,264	-,078
	70	2	,000	25,963	2,526	2,726
	71	3	,279	,670	,068	-,810
	72	2	,293	4,646	1,605	,072
	73	3	,285	,979	-,239	-,986
	74	3	,334	,195	-,571	-,254
	75	1	,275	,514	,683	-,457
	76	3	,327	,933	-,878	-,431
	77	3	,304	,102	-,264	-,078
	78	2	,272	4,412	1,272	,804
	79	3	,334	,195	-,571	-,254
	80	1	,275	,514	,683	-,457
	81	3	,327	,933	-,878	-,431
	82	3	,285	,979	-,239	-,986
	83	3	,279	,670	,068	-,810
	84	3	,334	,195	-,571	-,254
	85	3	,304	,102	-,264	-,078
	86	3	,285	,979	-,239	-,986
	87	1	,275	,514	,683	-,457
	88	3	,242	1,005	,376	-,633
	89	1	,191	2,585	-1,211	,301
	90	3	,279	,670	,068	-,810
	91	3	,327	,933	-,878	-,431
	92	3	,244	,654	,043	,099
	93	3	,285	,979	-,239	-,986
	94	2	,423	3,088	1,297	-,104

Estadísticas por casos

	Número de casos	Segundo grupo mayor			Puntuaciones discriminantes	
		Grupo	P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide	Función 1	Función 2
Original	95	3	,279	,670	,068	-,810
	96	3	,244	,654	,043	,099
	97	3	,304	,102	-,264	-,078
	98	1	,187	2,081	-,903	,478
	99	3	,279	,670	,068	-,810
	100	3	,285	,979	-,239	-,986
	101	3	,285	,979	-,239	-,986
	102	3	,279	,670	,068	-,810
	103	3	,334	,195	-,571	-,254
	104	3	,279	,670	,068	-,810
	105	1	,191	2,585	-1,211	,301
	106	1	,071	5,628	-1,543	1,033
	107	3	,327	,933	-,878	-,431
	108	3	,279	,670	,068	-,810
	109	3	,327	,933	-,878	-,431
	110	1	,002	19,259	-3,129	1,968
	111	3	,242	1,005	,376	-,633
	112	1	,000	37,270	-1,593	4,974
	113	1	,410	,075	,658	,451
	114	1	,030	12,720	-2,797	1,236
	115	3	,279	,670	,068	-,810
	116	3	,279	,670	,068	-,810
	117	1	,002	16,430	-1,900	2,674
	118	3	,285	,979	-,239	-,986
	119	3	,279	,670	,068	-,810
	120	1	,275	,514	,683	-,457
	121	3	,279	,670	,068	-,810
	122	2	,034	11,329	,990	1,843
	123	1	,077	5,121	-1,236	1,210
	124	3	,304	,102	-,264	-,078
	125	3	,304	,102	-,264	-,078
	126	3	,334	,195	-,571	-,254
	127	3	,285	,979	-,239	-,986
	128	3	,279	,670	,068	-,810
	129	1	,030	12,720	-2,797	1,236
	130	3	,304	,102	-,264	-,078
	131	3	,244	,654	,043	,099
	132	1	,187	2,081	-,903	,478
	133	3	,285	,979	-,239	-,986
	134	1	,221	1,707	-,596	,654
	135	1	,000	25,862	-2,847	3,053
	136	3	,334	,195	-,571	-,254
	137	3	,279	,670	,068	-,810
	138	3	,334	,195	-,571	-,254
	139	3	,304	,102	-,264	-,078
	140	3	,242	1,005	,376	-,633
	141	3	,334	,195	-,571	-,254

Estadísticas por casos

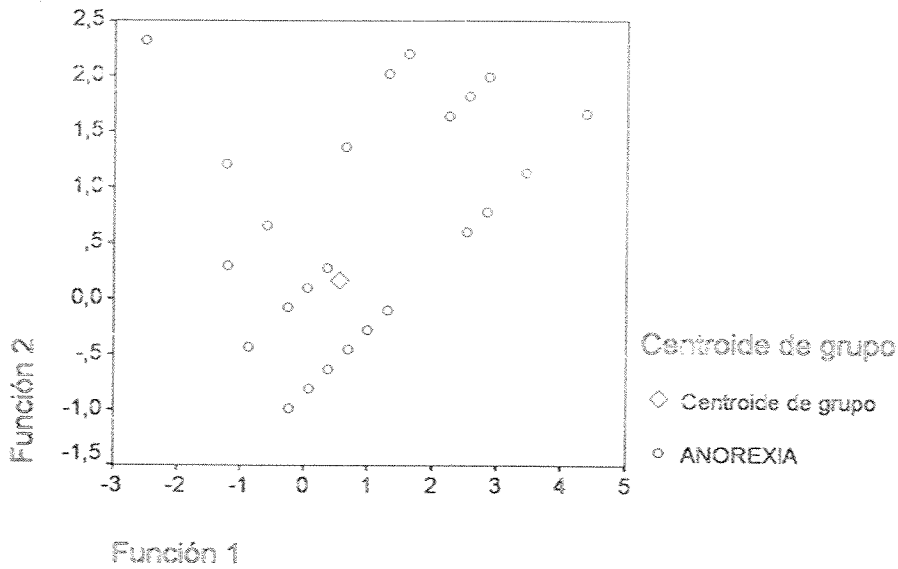
	Número de casos	Segundo grupo mayor			Puntuaciones discriminantes	
		Grupo	P(G=g D=d)	Distancia de Mahalanobis al cuadrado hasta el centroide	Función 1	Función 2
Original	142	3	,279	,670	,068	-,810
	143	1	,013	11,054	-2,182	1,589
	144	3	,334	,195	-,571	-,254
	145	3	,244	,654	,043	,099
	146	3	,334	,195	-,571	-,254
	147	1	,107	4,744	-,928	1,386
	148	3	,349	2,441	,018	1,007
	149	3	,285	,979	-,239	-,986
	150	3	,304	,102	-,264	-,078

** Caso mal clasificado

Gráficos por grupos separados

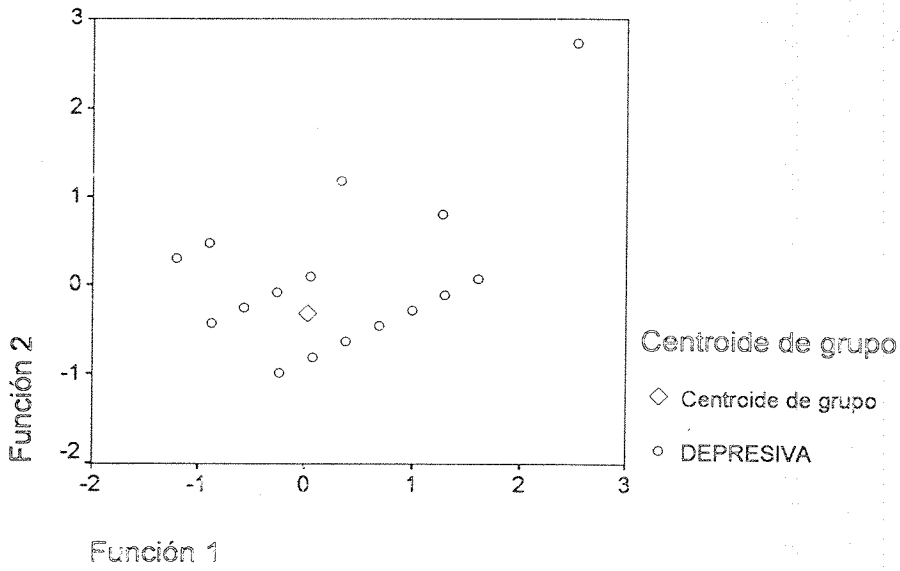
funciones discriminantes canónicas

GRUPO = ANOREXIA



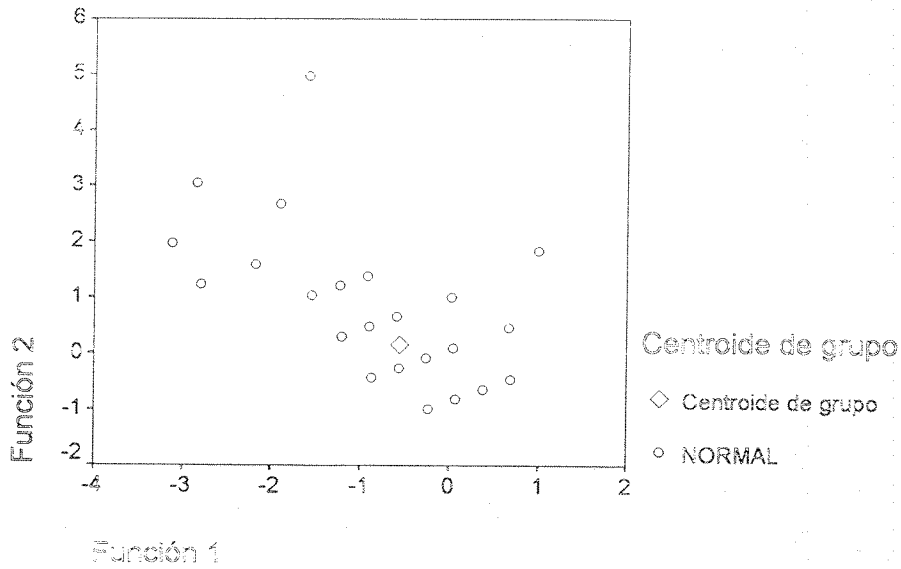
funciones discriminantes canónicas

GRUPO = DEPRESIVA

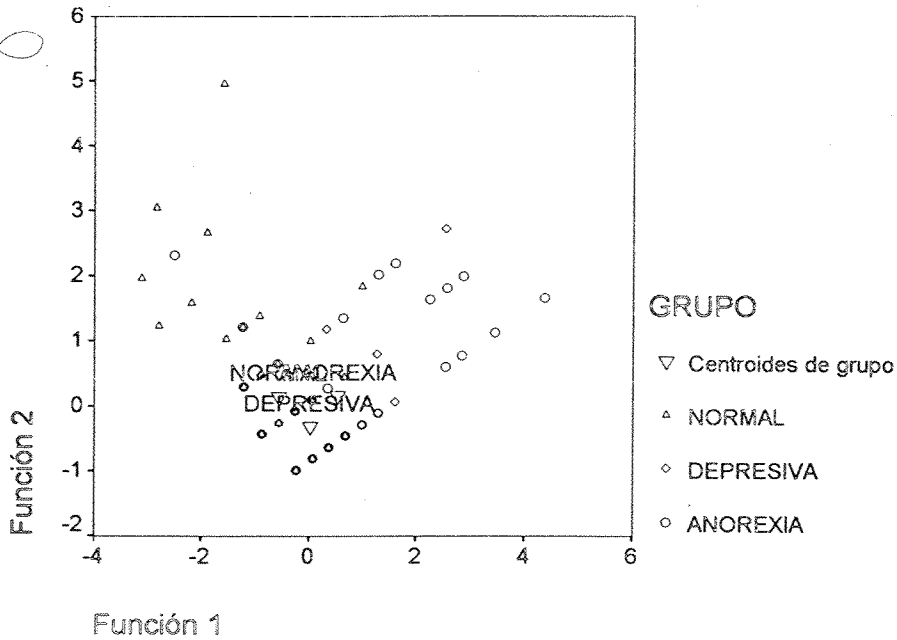


funciones discriminantes canónicas

GRUPO = NORMAL



funciones discriminantes canónicas



Resultados de la clasificación²

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

a. Clasificados correctamente el 45,3% de los casos agrupados originales.

Resumen del proceso de clasificación

Procesados		150
Excluidos	Código de grupo perdido o fuera de rango	0
	Perdida al menos una variable discriminante	0
Usados en los resultados		150