

Carmen García Alba

PROCESOS DE PENSAMIENTO EN ADOLESCENTES ANORÉXICAS*

COGNITIVE FUNCTIONING IN ANORECTIC ADOLESCENTS

■ Resumen

La hipótesis inicial postula que hay una alteración en el funcionamiento cognitivo de las pacientes anoréxicas. Para verificarla, se diseña un estudio comparativo de casos y controles con 50 pacientes anoréxicas tipo restrictivo (PAN), 50 pacientes deprimidas (PD) y 50 no pacientes o controles (NP), de edades comprendidas entre 13 y 16 años, evaluadas con el test Rorschach. En PAN se detecta una correcta captación de los datos del entorno (Procesamiento), una traducción a otros códigos bastante adecuada (Mediación), pero alteraciones significativas cuando esta información va a ser conceptualizada y utilizada como ideas (Ideación). En este área aparece un pensamiento distorsionado, con eventuales operaciones semejantes a las de tipo delirante, pasivo, utilizado de forma rígida, improductivo y poco eficaz; se establecen diferencias con el pensamiento obsesivo. Se señalan las dificultades del abordaje psicoterapéutico de estas pacientes y se considera la necesidad de incluir, dentro de una intervención terapéutica global, la reestructuración cognitiva como terapéutica idónea para modificar esta ideación.

Palabras Claves: anorexia, ideación, Rorschach, adolescentes.

■ Abstract

We started this research with the hypothesis that there is a disturbance in cognitive functioning of anorectic patients. With this purpose, we draw a comparative case/control study including 50 restricting-type anorectic patients (ANP), 50 depressed (DP) and 50 non patients as group control (NP), from 13 to 16 years old: everyone as evaluated with Rorschach test. We detected, in ANP, a processing work of the stimular field so good (Information Processing), a codification of the processed information adequately enough (Cognitive Mediation), but there are significant disturbances when the information, which has been gathered and translated to other codes, would be conceptualised and used as ideas (Ideation). In this area we sometimes found a slightly distorted thinking which occasionally is also similar to the delirious-type, passive, used in a rigid way and very inefficient/ unproductive; there also were differences in these cognitive processes from the obsessive thinking. We point out the difficulties of psychotherapeutic treatment and we consider that, when designing a global plan of therapeutic intervention, a part of it should include cognitive restructuring to modify this ideation.

Key words: anorexia, ideation, Rorschach, adolescents.

Este artículo es la síntesis de una parte de un trabajo mucho mas amplio (Tesis Doctoral: Anorexia y Depresión. Evaluación de personalidad en muestras adolescentes), presentada en la Universidad Complutense de Madrid.

■ INTRODUCCIÓN

Los problemas cognitivos en la anorexia nerviosa (AN) se conocen desde hace mucho tiempo. Hilde Bruch (1), en sus observaciones clínicas, aclara ampliamente la importancia del pensamiento alterado en el desarrollo de la AN. La presencia de actitudes disfuncionales hacia el peso, la comida, la talla y la imagen son clínicamente bien conocidas y, por ello, se consideran rasgos determinantes en esta patología (2). Según Turón (3) estos pensamientos alterados relacionados con la dieta y la figura, se asocian a pensamientos más complejos: ser delgado implica perfección, autocontrol y virtud. Morandé y otros (4), hablan de la presencia de distorsiones cognitivas en algún momento de la enfermedad, coincidentes con una mayor gravedad del cuadro. Aparece una actividad con matices delirantes de naturaleza corporal, que debe diferenciarse de otros cuadros delirantes. Hsu (5) afirma que las creencias patológicas en relación con 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. En este mismo sentido se pronuncian más recientemente González y Jiménez (6), señalando la importancia de este tipo de cogniciones en el origen y mantenimiento del trastorno e incluso en las posibles recaídas. Brusset (7), desde una óptica psicoanalítica, señala cómo las sensaciones corporales invaden el pensamiento, sustituyendo otras actividades mentales e incluso cualquier actividad de representación. Esto implica pensamientos interminables acerca del peso y el régimen, y una gran lucha contra el cuerpo y sus necesidades. Garner y Bemis (8) han intentado sistematizar las irregularidades del pensamiento en la AN, una vez instaurado el trastorno, mediante un modelo cognitivo-conductual análogo al modelo de depresión de Beck (9) y han identificado un conjunto de cogniciones disfuncionales, entre las que se encuentran: abstracciones selectivas, llegando a conclusiones a partir de consideraciones muy parciales; generalizaciones excesivas; magnificación de posibles consecuencias negativas; ideas de autorrefencia; pensamiento supersticioso, que acepta relaciones de causa-efecto entre acontecimientos no contingentes. Estas disfunciones 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. Shafran y otros (10) postulan una distorsión específica en estos pacientes: la fusión del pensamiento con la imagen. Esta alteración se produce cuando los pensamientos sobre la ingesta de cierto tipo de alimentos que engordan, incrementan en el sujeto la estimación de su imagen y/o peso, elicitando un juicio de moral perversa o pecadora y hacen que la persona se sienta gorda. Posteriormente, Radomsky y otros (11) comprueban en condiciones experimentales esta fusión y demuestran también que los pacientes que utilizan algún tipo de estrategia neutralizadora posterior (ej: imaginar o negar haberlo comido), disminuyen algunos de los sentimientos y sensaciones negativas generadas antes que aquellos sujetos que no utilizan ningún tipo de neutralización.

También, desde hace tiempo, se ha observado que las obsesiones y las compulsiones son comunes en los pacientes con anorexia nerviosa (12; 13) y que estos síntomas tienden a ser bastante estables (14). En un estudio realizado por Kaye y otros (15), se observa que las pacientes anoréxicas obtienen puntuaciones elevadas en la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, incluso después de que las preocupaciones obsesivas sobre el peso desaparezcan. A estas mismas conclusiones se había llegado en estudios anteriores, por ejemplo, el realizado por Yellowless en 1985 (16) mediante el *Delusions, Symptoms and Status Inventory*. Toro (13) considera que toda anorexia cursa con síntomas obsesivos constituidos por cogniciones intrusivas relacionadas específicamente con la silueta, el cuerpo, el peso y los alimentos, manifestaciones cuya causa suele atribuirse a la disfunción serotoninérgica determinada por la malnutrición. Pero además de esta sintomatología específica de la AN, hay una frecuente asociación tanto con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad como con el trastorno obsesivo-compulsivo propiamente dicho. Las tasas de comorbilidad entre ambas patologías son muy variadas, oscilando entre el 5% (17) y el 21% (18), siendo mayor la prevalencia en anorexia restrictiva (19). Parece pues que la asociación entre AN y la fenomenología obsesivo-compulsiva aparece clara en la literatura al respecto.

Un análisis crítico de las investigaciones revisadas permite observar una serie de problemas metodológicos que se repiten a menudo. Con frecuencia, el número de participantes evaluados es pequeño (20); los límites de edad son excesivamente amplios, mezclando sujetos que, debido a ello, tienen características psicológicas diferentes (21); además, los subtipos de AN (restrictiva y purgativa) aparecen mezclados (22). Otras confusiones comunes consisten en incluir, dentro de un mismo grupo, pacientes con características diferentes (ambulatorios/hospitalizados) (23) o el no tener en cuenta o no especificar el estadio evolutivo de la enfermedad (24). En otras ocasiones, los datos normativos de los tests empleados, que deberían utilizarse como guías o referencias, se usan como grupo de control de no pacientes (25); sabemos que en estos casos se pueden obtener diferencias significativas en los resultados como consecuencia de la comparación entre grupos heterogéneos (datos normativos) con grupos más homogéneos (participantes en la investigación), lo que puede llevar a conclusiones erróneas (26; 27).

Los tests que se utilizan más específicamente para evaluar los problemas anoréxicos suelen ser el *Eating Disorder Inventory* (EDI) (28) y el *Eating Attitudes Test* (EAT) (29). Cuando se decide abordar la personalidad de forma global, se recurre a cuestionarios como el *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) (30) o el *Temperament and Character Inventory* de Cloninger (TCI) (31). En otras ocasiones interesa un área más concreta como la inteligencia (32), o aspectos psicopatológicos como obsesividad (15; 16), depresión (33, 34), etc. Los estudios psicodiagnósticos más amplios son muy escasos por razones obvias tanto de coste como de grado de especialización requerido para llevarlos a cabo.

Debido a todas estas razones ha parecido interesante investigar los procesos de pensamiento en AN, utilizando el *Psicodiagnóstico de Rorschach*, test que pone de manifiesto la estructura y organización de la personalidad, a través de la articulación de sutiles propiedades perceptivas, sin que el sujeto sepa exactamente qué tipo de información está aportando, por lo que es improbable que pueda alterarla deliberadamente, y que, además, permite un ulterior tratamiento informático/estadístico de los datos. Uno de los agrupamientos Rorschach, el del *Funcionamiento Cognitivo*, va a proporcionar información sobre el procesamiento de la información, la mediación cognitiva y la ideación de estas pacientes.

El objetivo de este trabajo es, pues, analizar las dificultades cognitivas de las anoréxicas restrictivas y concretar en qué parte del proceso se producen estas disfunciones, de qué naturaleza son, y en qué medida facilitan y/o mantienen la enfermedad. La hipótesis que se somete a verificación postula que se van a encontrar diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo de los grupos que componen la muestra: pacientes anoréxicas restrictivas, pacientes deprimidas y no pacientes o controles. La identificación de características específicas del funcionamiento cognitivo de las jóvenes con AN podría ser utilizada en el diagnóstico y en las intervenciones terapéuticas de estas pacientes y, posiblemente, permitiría adoptar medidas preventivas adecuadas con nuestros jóvenes.

■ MÉTODO

Para poner a prueba esta hipótesis se elabora un *diseño comparativo de casos y controles*.

• Población/muestra

Se trata de tres grupos de mujeres de 13 a 16 años: un grupo está formado por pacientes anoréxicas, tipo restrictivo; otro grupo lo constituyen pacientes diagnosticadas de depresión; finalmente, se incluye un grupo de no pacientes como grupo de control.

La existencia de comorbilidad depresiva en muchos casos de AN (4; 12; 34) y la necesidad de evitar que los componentes cognitivos de la depresión (35) puedan sesgar los resultados, determina la decisión de incluir esta patología en la comparación de casos.

La muestra está formada por:

50 *Pacientes anoréxicas (PAN)*, procedentes de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, con especial dedicación a esta patología y que cuentan con camas pediátricas: Hospital Universitario de Getafe, Hospital de Móstoles y Hospital Universitario Niño Jesús, pionero en el tratamiento de la AN infanto-juvenil.

En todas estas pacientes se cumplen los siguientes requisitos: a) Han sido diagnosticadas según los criterios del DSM III-R (36), vigentes al inicio del trabajo.

Posteriormente, cuando apareció el DSM IV (37), se revisaron los criterios del DSM III-R a la luz de la nueva publicación, y se vio que no se apreciaban cambios significativos en dichos criterios y sólo se añadían los subtipos de AN restrictiva y AN compulsivo/purgativa, modalidades que ya se habían tenido en cuenta al inicio de la investigación. b) Son anoréxicas restrictivas, eliminándose el influjo de la variable atracón/purga. Esta decisión ha lentificado considerablemente el trabajo de campo, pues un 50% de pacientes anoréxicas desarrolla síntomas bulímicos (38), existiendo una alternancia sintomática en una u otra dirección. La entrevista realizada al inicio de la evaluación de estas pacientes, ha servido para descartar todos estos casos. c) Todas ellas han sido hospitalizadas por primera vez debido a su problema anoréxico; con ello se evitan tanto diagnósticos dudosos como cuadros ya cronificados.

Esta muestra tiene una media de edad de 14.84 años, con una desviación típica de 1.13.

50 Pacientes diagnosticadas de depresión (PD), procedentes de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Leganés y Fuenlabrada), que cuentan con equipos especializados para la atención infanto-juvenil. En el diagnóstico de depresión se ha seguido el criterio clínico del DSM III-R (36), revisado posteriormente según el DSM IV (37). El criterio clínico es el más ampliamente aceptado (39), aunque el problema nosológico de esta patología en la infancia y adolescencia todavía no se haya resuelto (40). Se ha utilizado la entrevista estructurada de Criterios Diagnósticos de Investigación (41) para lograr mayor objetividad en la recogida de la información. No se han establecido diferencias entre depresión mayor y trastorno distímico por las dificultades que esta diferenciación supone, especialmente en la población infanto-juvenil (37) y por carecer de utilidad para los propósitos de esta investigación.

La media de edad de estas adolescentes es de 15.02 años, con una desviación típica de 1.13.

50 No pacientes como grupo de control (NP), alumnas de un Instituto de Enseñanza Media de Madrid (Leganés). En todos los casos se tiene constancia de que su rendimiento académico es adecuado (para eliminar posibles limitaciones intelectuales) y que no han requerido, en ningún momento, ayuda psiquiátrica o psicológica (para descartar anorexia o depresión). Para cubrir estos objetivos los padres rellenaban previamente un cuestionario en el que se les preguntaba si sus hijas habían tenido que repetir algún curso académico y, en caso afirmativo, debían especificar el motivo. Se les pedía también información acerca de problemas psicológicos que hubieran podido plantear, recogiendo, entre otros, información específica sobre problemas de alimentación y trastornos afectivos. Posteriormente, la ausencia de problemas era corroborada por la adolescente, en la entrevista previa a la aplicación del Rorschach y por los padres a través del *Child Behavior Checklist*: escala de problemas-ítems de competencia social (CBCL) (42; 43). No obstante, si tras la evaluación

psicológica realizada se detectaba algún tipo de patología psíquica, se disponía de los recursos y cobertura necesaria para atenderla adecuadamente. Cada vez se señala con mayor insistencia la necesidad de contar con recursos asistenciales ulteriores (43) cuando se realizan este tipo de estudios.

Este grupo tiene una media de edad de 14.90 años, con una desviación típica de .95.

En todos los casos que componen la muestra, se realiza un chequeo de los datos cognitivos Rorschach, según proponen Sendín y García Alba (44), para confirmar la ausencia de limitaciones intelectuales.

- *Forma de recogida de la información*

El procedimiento es básicamente el siguiente: a) aplicación individual del CBCL a uno de los padres, indistintamente; b) entrevista inicial con la adolescente; c) aplicación del Rorschach individual; d) en el caso de las pacientes anoréxicas y deprimidas, se hace la devolución de resultados a sus terapeutas; en el caso de no pacientes, se mantiene una entrevista de devolución conjunta con padres y adolescente.

Instrumentos de medida

Rorschach, utilizado básicamente como test perceptual-cognitivo, siguiendo el Sistema Comprensivo de Exner (45; 46; 47). La información aportada puede ser utilizada desde distintos modelos teóricos, y abarca tres niveles: a) *información estructural*, que procede del Sumario Estructural, síntesis de los datos cuantitativos. Se obtiene del estudio de una serie de agrupamientos de variables: Capacidad de Control, Funcionamiento Cognitivo, Afectos, Autopercepción y Relaciones Interpersonales; b) *información secuencial*, procedente de la secuencia de puntuaciones; c) *información de contenido*, que aporta datos acerca de la dinámica de la personalidad, a través de los contenidos concretos que cada que sujeto proporciona. Exner señala la necesidad de considerar el test Rorschach en su totalidad para una interpretación adecuada y que el proceso interpretativo completo integre estas tres fuentes. Sin embargo, en esta investigación se utiliza únicamente la información estructural del protocolo Rorschach, básicamente cuantitativa, para posibilitar un ulterior tratamiento estadístico/informático de los datos.

- *Variables*

En su exposición se siguen los criterios que Exner y Sendín marcan en su obra (48).

Variables relacionadas con criterios de *validez de los protocolos*: Número de Respuestas (M) y Lambda (L). L es una proporción que indica cómo un sujeto utiliza sus recursos al enfrentarse a un campo estimular nuevo. Desde el principio, se han considerado no válidos los protocolos con $R < 14$ y $L > .99$, siguiendo los criterios de Exner (35, 46).

Variables que hacen referencia a la *Triada Cognitiva*, formada por tres constelaciones o agrupamientos: *Procesamiento de la Información*, que indica cómo incorpora el sujeto la información que procede de su entorno (grado de motivación y eficacia); *Mediación Cognitiva*, que pone de manifiesto cómo se identifica y traduce a otros códigos la información que ha sido previamente procesada (grado de convencionalidad y niveles de distorsión); finalmente, mediante el uso de la *Ideación*, la información que ha sido recogida y traducida a otros códigos, va a ser conceptualizada y utilizada como ideas (eficacia ideativa, flexibilidad y grado de distorsión en la elaboración de juicios). Todas estas operaciones se relacionan e influyen mutuamente de un modo muy complejo y tienen, además un papel relevante en todas las conductas que el sujeto inicia deliberadamente. Algunas de sus variables influyen en varios agrupamientos

- *Variables del Procesamiento*

Tabla 1. *Procesamiento de la Información: Variables Rorschach que lo integran*

Variabes	Símbolo	Significado
Lambda	<i>L</i>	Proporción que indica cómo se utilizan los recursos ante a un campo estimular nuevo.
Índice de Estilo Obsesivo	<i>OBS</i>	Si es positivo, señala un procesamiento caracterizado por meticulosidad, cautela, convencionalidad y perfeccionismo. Muy infrecuente en no pacientes (2%).
Índice de Hipervigilancia	<i>HVI</i>	Su presencia pone de manifiesto que el sujeto presenta un estado de alerta continuada.
Actividad Organizativa	<i>Zf</i>	Identifica el grado de esfuerzo realizado para organizar y crear relaciones significativas en un campo estimular ambiguo y desestructurado. Se complementa con el área de Localización: Global (<i>W</i>), Detalle Usual (<i>D</i>), Detalle Inusual (<i>Dd</i>) y Espacio Blanco (<i>S</i>).
Eficiencia del Procesamiento	<i>Zd</i>	Sirve de indicador sobre diversos estilos de procesamiento, cuyos extremos son la hipoincorporación y la hiperincorporación.
Calidad Evolutiva	<i>DQ</i>	Pone de manifiesto la capacidad de realizar operaciones de análisis y síntesis y atribuir relaciones al campo estimular. Son sintéticas (<i>DQ+</i>), ordinarias (<i>DQo</i>) o vagas (<i>DQv</i>).
Perseveración	<i>PSV</i>	Se trata de respuestas muy poco frecuentes, que indican diverso grado de psicopatología

Tabla 2. *Mediación Cognitiva: Variables Rorschach que la integran*

VARIABLES	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
Lambda	<i>L</i>	Proporción que indica cómo se utilizan los recursos ante a un campo estimular nuevo.
Índice de Estilo Obsesivo	<i>OBS</i>	Si es positivo, señala un procesamiento caracterizado por meticulosidad, cautela, convencionalidad y perfeccionismo. Muy infrecuente en no pacientes (2%).
Respuestas Populares	<i>P</i>	Son las respuestas con contenidos más comunes. Se relacionan con el grado de adecuación perceptiva y representan el grado de adaptación a las normas del grupo.
Calidad Formal	<i>FQ</i>	Mide el grado de adecuación entre el objeto que el sujeto evoca mnémicamente y los contornos de la mancha. La calidad formal puede ser: a) convencional (<i>X+%</i> ; <i>F+%</i> ; <i>FQo</i>); b) distorsionada (<i>X-%</i> ; <i>S-%</i>); c) única, infrecuente (<i>Xu%</i>).
Confabulación	<i>CONFAB</i>	Muy infrecuentes, su presencia pone en evidencia una forma grave de disfunción intelectual.

Tabla 3. *Ideación: Variables Rorschach que la integran*

VARIABLES	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
Estilo Vivencial Introversivo	<i>EB Introv</i>	El <i>EB</i> representa un estilo de respuesta que hace previsibles, en cierta medida, algunos aspectos de la conducta. El <i>EB introversivo</i> señala un sujeto básicamente ideacional.
Estilo Vivencial Pervasivo	<i>EB Per</i>	Cuando el <i>EB</i> presenta falta de flexibilidad, estamos ante un estilo de carácter rígido.
Calidad Formal de los Movimientos Deliberados	<i>MQ</i>	Las respuestas de movimiento humano (<i>M</i>) representan el uso del pensamiento deliberado, esto es, de ideas iniciadas y aceptadas por el sujeto. Por ello, resultan un indicador fiable de la calidad del pensamiento. La calidad formal de <i>M</i> puede ser ordinaria (<i>MQo</i>), negativa (<i>MQ-</i>) o carecer de soporte formal (<i>MQsin</i>).
Proporciones de Movimientos	<i>a : p</i> <i>Ma:Mp</i>	Activos (<i>a</i>), pasivos (<i>p</i>); Humanos activos (<i>Ma</i>) y pasivos (<i>Mp</i>). Permiten apreciar la presencia/ausencia de comportamientos pasivo-dependientes, rigidez ideativa y defensas de evitación/negación y refugio en la fantasía.
Ideación periférica	<i>FM+m</i>	Ideación no deliberada, es decir, que se inicia y actúa sin la intervención voluntaria del sujeto. Puede interferir el curso de la ideación deliberada y producir sobrecarga interna en el sujeto.
Índice de Intelectualización	<i>Intelec</i>	Cuando es positivo indica la tendencia del sujeto a neutralizar el efecto que producen las emociones, utilizando los procesamientos cognitivos.
Contenidos Mórbidos	<i>MOR</i>	Representan atribuciones displacenteras que se añaden al estímulo y se relacionan con tintes pesimistas en la ideación del sujeto.
Códigos Especiales Críticos	<i>CCEE</i>	Su presencia puede identificar lapsus, deslizamientos o fallas lógicas en el curso de la ideación y verdaderos trastornos de pensamiento.

Los tres agrupamientos que integran la Tríada Cognitiva son esenciales en el funcionamiento psicológico del sujeto, y los fallos producidos en cualquiera de ellos tendrán repercusiones importantes en su conducta.

Finalmente, en relación con la *validez y fiabilidad del test de Rorschach*, cabe mencionar las investigaciones realizadas por Parker, Hanson y Hunsley (49), aplicando procedimientos de Hedges y Olkin (50) al revisar 411 investigaciones, que proporcionan coeficientes de validez convergente de .41 para el test; también los trabajos de Exner y Weiner (51), que al estudiar la fiabilidad del test informan de un consistencia temporal con correlaciones entre .81 a .89 para las variables más importantes.

- *Procedimientos estadísticos*

En el análisis de datos se ha utilizado, básicamente, el programa estadístico SPSS/PC+. De antemano, se conocen 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 decide incluir los siguientes cálculos estadísticos:

Estadísticos univariantes, para ver la distribución de las variables y proporcionar una base más firme al tipo de análisis seleccionado (52). Se consideran no paramétricas aquellas variables Rorschach con $z \geq 1.96$, tanto en el coeficiente de asimetría como en el de apuntamiento.

Análisis de varianza de una variable independiente con tres factores. En todos los casos se cumple el requisito de independencia de las muestras y de homocedasticidad (test de Bartlett) de las variables (53). Se utiliza el *contraste F* y el contraste *Tukey* y se determina un nivel de significación de $\alpha = .05$. Se calcula la potencia estadística con el programa estadístico Bavy (54). Se calcula también el tamaño del efecto (h).

Cuando no se cumple el supuesto básico de homocedasticidad, se adopta una doble solución: a) transformación logarítmica propuesta por Tukey (55) que, de no proporcionar distribuciones con varianzas iguales, no se sigue sometiendo a otras transformaciones posibles (56); b) uso del contraste no paramétrico de Kruskal-Wallis. Se procede así debido a los inconvenientes de ambas opciones, pues las transformaciones producen escalas con un significado cuantitativo de interpretación dudosa y cuestionada (57) y el test de Kruskal-Wallis es menos potente.

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 (56) 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 realiza un análisis de residuos (57). Se aconseja calcular el coeficiente de contingencia (C), 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, ha sido necesaria la intervención de otros examinadores. En este caso, se analiza la posible influencia de este hecho y el *grado de acuerdo entre puntuadores*. Para ello se siguen las orientaciones de Exner y Sendín (58), quienes proponen obtenerlo seleccionando aleatoriamente un 25% de protocolos Rorschach y hallando porcentajes de coincidencia por segmentos o áreas de valoración entre los diversos puntuadores.

■ RESULTADOS

• *Validez y Fiabilidad de los protocolos Rorschach*

Aunque inicialmente se partió de protocolos válidos ($R \geq 14$ y $L \leq .99$), es importante constatar que no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a R ni en puntuación L , según se deduce del análisis de varianza realizado ($p = .15$ y $p = .11$, respectivamente). Es más, son las PAN las que, cualitativamente, presentan un L más bajo, inferior a $.99$ en un 70% de los protocolos, frente a las PD (64%) y a las NP (52%). Este hallazgo se señala como importante y positivo, pues permite deducir que los datos obtenidos en este grupo no están oscurecidos por estilos evitativos y simplificadores, propios de L alto ($L > .99$). Podemos concluir también, siguiendo las directrices de Exner, Kinder y Curtis (59), que el posible *sesgo de los examinadores* (1 examinador en PAN, 2 en PD y 3 en NP), en parte determinado por razones de accesibilidad a la muestra, no ha afectado significativamente la longitud de los protocolos obtenidos.

El porcentaje de *acuerdo interpuntuadores*, realizado sobre un 25% de protocolos Rorschach seleccionados al azar del total de la muestra, sobrepasa los niveles recomendados por Exner y Sendín (58) y por Weiner (60) y, en todas las áreas fueron muy superiores al 80%, límite por debajo del cual no se consideran fiables (61).

Por todo ello, podemos concluir que las comparaciones realizadas posteriormente con los protocolos Rorschach cumplen los criterios de validez y fiabilidad requeridos.

• *Tríada Cognitiva*

En la Tabla 4, de todas las variables analizadas, sólo se recogen aquellas que resultaron significativas. Se procede así para lograr una mayor claridad en la exposición de los datos. En la tabla, no figuran los grados de libertad, pues en todos los casos son los mismos (g. l. = 2). Se adjunta también un resumen de algunos de los estadísticos univariantes, correspondientes a cada una de las variables incluidas, para una mejor interpretación de los datos (52).

Tabla 4. Variables que resultaron significativas al analizar los agrupamientos de la Tríada Cognitiva: Procesamiento, Mediación e Ideación.

	Pacientes Anoréxicas (PAN) (N = 50)	Pacientes Deprimidas (PD) (N = 50)	No Pac. o Controles (N = 50) (NP)	Significación	η	Pot.
Procesamiento Información						
<i>DQv</i>	M = .98; DT = 1.10	M = 1.20; DT = 1.28	M = 1.94; DT = 2.05	NP > PAN *	.26	.65
<i>Zd</i>	M = -.16; DT = 5.31	M = .34; DT = 5.03	M = -2.53; DT = 4.57	PAN y PD > NP *	.24	.79
Ideación						
<i>M</i>	M = 4.46 ; DT = 3.88	M = 2.98; DT = 2.47	M = 2.82; DT = 1.97	PAN > PD *	.24	.68
<i>MQo</i>	M = 2.10; DT = 1.62	M = 1.42; DT = 1.40	M = 1.38; DT = 1.01	PAN > PD *	.24	.74
<i>MQsin</i>	M = .14 ; DT = .35	M = .02; DT = .14	M = .04; DT = .20	PAN > PD y NP *	.20	.64
<i>Mp</i>	M = 2.90; DT = 2.96	M = 1.84; DT = 1.72	M = 1.58; DT = 1.36	PAN > NP *	.26	.78
<i>Pasivo</i>	M = 5.08; DT = 3.47	M = 3.40; DT = 2.47	M = 3.72; DT = 2.81	PAN > PD y NP *	.24	.77

Nota: η = Tamaño del efecto; Pot. = Potencia estadística; M = Media; DT = Desviación Típica; * = $p > .05$.

En los comentarios a los resultados que se presentan a continuación, se van a destacar en primer lugar, en cada uno de los agrupamientos, las características que las PAN comparten con las otras adolescentes y, posteriormente, aquellas otras que les son propias, que resultan específicas de su grupo.

• *Procesamiento de la información*

Los resultados de este agrupamiento no resultan muy diferenciadores, y nos permiten concluir, de forma muy sintética, con respecto a PAN que:

1. La forma en que 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%* ↓) (↓ = bajo) en el abordaje de las situaciones, pues se pierden en percepciones demasiado generales (*W%* ↑) (↑ = alto) 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), ni mantienen un estado de alerta continuada (*HVI*, ausente).
 - Su actitud hostil y negativista (*S* ↑) les puede hacer perder eficacia.
2. Sin embargo, son las PAN las que captan mejor y con mayor complejidad la información que les llega de su entorno ($\Lambda \leq .99 = 70\%$; *DQv*).
3. Realizan un buen registro de los puntos clave de la información, pudiendo distinguir lo esencial de lo accesorio (*Zd*).



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

• *Mediación cognitiva*

La traducción que estas adolescentes realizan de las informaciones que han recogido de su entorno es bastante similar en los tres grupos evaluados. Podemos completar la descripción del funcionamiento cognitivo que venimos realizando, concluyendo que:

5. La falta de ajuste perceptivo que encontramos en las PAN, los sesgos que realizan cuando codifican la información captada, son bastante similares en los *tres grupos*, en los que cabe destacar las siguientes características:
- Pueden captar lo más obvio y evidente y dar respuestas adecuadas que coincidan con las normas y expectativas de su grupo de referencia (*P*).
 - 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*

Este agrupamiento aparece como patonogmónico, como claramente diferenciador de las PAN. Estos resultados permiten agregar que:

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, todas estas adolescentes mantienen importantes diferencias entre sí, compartiendo sólo algunas *características comunes*:
- No se aprecia ningún tipo de sobrecarga ideacional periférica o ideación no deliberada (*FM + m*), que interfiera y dificulte sus procesos de pensamiento y de reflexión deliberada (*M*).
 - En ocasiones, su forma de pensar está ligeramente distorsionada (*MQ-*; *M- > 1*), pero al no apreciarse deslices cognitivos significativos (*CCEE*), estas alteraciones pueden revestir menor importancia psicopatológica.

- También, en ocasiones, su forma de pensar está teñida de cierto negativismo y de ideas o atribuciones pesimistas (*MOR*).
 - No utilizan mecanismos de intelectualización para neutralizar el impacto de las emociones (*Intelec*).
7. A pesar de las semejanzas comentadas en el punto anterior, la *ideación* es la agrupación 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 esta patología.
 8. Las PAN utilizan la reflexión deliberada en gran medida (*M*). Su pensamiento, bien ajustado habitualmente (*MQo*), 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*).
 9. Además, este pensamiento es muy pasivo (*pasivo*), sobre todo cuando se utiliza la reflexión deliberada (*Mp*). Su forma de pensar se convierte entonces en un dar vueltas en cortocircuito a las ideas que les preocupan, gastando energía pero sin que esta reflexión les sirva para buscar soluciones a sus problemas, entrando en una especie de rumiación en la que se gira en torno a ideas y preocupaciones, a veces distorsionadas y aceptadas pasivamente, 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.
 10. 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, nuevamente, 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. A esto se une 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 (*MQo*).
 11. En esta ideación, utilizada de forma rígida, aunque la situación requiera otro tipo de respuesta (EB Per = 42%), podemos encontrar una de las muchas causas que contribuyen a la dificultad de su tratamiento, a su resistencia al cambio.

12. Cuando se analizan en conjunto todos los Movimientos Humanos (*M*) y la suma ponderada de las respuestas de Color Cromático (*Sum Pond C*), integrantes del *EB*, obtenemos una nueva derivación: la Experiencia Actual (*EA*), que nos indica qué recursos disponibles tiene el sujeto. Este análisis nos permite señalar otra peculiaridad de las PAN; nos pone de manifiesto que estas pacientes cuentan buenos recursos ($EA \geq 6 = 62\%$, $p < .05$) para decidir sus conductas y llevarlas a la práctica sin perder el control. Cuando estos recursos se ponen al servicio de una conducta inadecuada, e incluso destructiva (no comer), resulta muy difícil de modificar y es otra posible explicación de por qué el tratamiento de estas pacientes encuentra tantas dificultades.

■ DISCUSIÓN

Sintetizando los resultados Rorschach obtenidos a partir del análisis de la Tríada Cognitiva, podemos concluir que las PAN pueden captar de forma muy adecuada la información que procede de su entorno (Procesamiento) y, aunque la sesgan en alguna medida al traducirla (Mediación), este sesgo no resulta significativo puesto que también aparece en los otros grupos evaluados. Donde radican sus problemas es en el área de la Ideación, cuando elaboran la información, cuando conceptualizan y construyen nuevos conceptos con los datos que previamente han captado correctamente y han traducido de forma bastante adecuada. Este problema es importante porque estas adolescentes utilizan la reflexión en gran medida, aunque de forma rígida. Su pensamiento, habitualmente bien ajustado, presenta ocasionales ideas erróneas y pueden llegar a tener características cercanas a las operaciones de tipo delirante. Otra característica de su ideación es una gran pasividad, con una doble repercusión. Por una parte, las hace más vulnerables para aceptar ideas sin someterlas a ningún tipo de crítica. Por otra parte, un pensamiento con estas características es muy poco eficaz, pues da vueltas a las ideas que preocupan, entrando en una rumiación en corto circuito que mantiene ocupado al sujeto pero de forma totalmente improductiva.

Aunque en la bibliografía consultada no se ha encontrado otro estudio homologable con el que pudieran compararse los resultados obtenidos, si podemos establecer una serie de acuerdos/discrepancias con las conclusiones expresadas por otros autores:

1. Las distorsiones perceptivas no parecen fundamentales en esta patología. En el mismo sentido se pronuncian Fernández y otros (62; 63) al hablar de la imagen corporal en la AN, considerando que en la distorsión corporal de estas pacientes no se observan distorsiones de tipo perceptivo, sino componentes emocionales o actitudinales. El análisis del agrupamiento de la Autopercepción en Rorschach, añadiría información sobre este tema, lo que será objeto de una ulterior publicación.

2. Se aporta una base empírica, desde la perspectiva de la evaluación psicológica de la personalidad, a las opiniones de otros autores que señalan los problemas de pensamiento como capitales en esta patología (3; 4; 5; 6; 7; 8) matizando, dentro de los procesos cognitivos del sujeto, que es en el área de la Ideación donde radica el principal problema. Las PAN tienen pensamientos distorsionados en temas relacionados con el peso, la comida, talla e imagen, aunque son capaces de razonar adecuadamente en otros temas (3). Incluso se habla de distorsiones cognitivas, con matices delirantes en algún momento (4). Halmi señala (64) que en ocasiones, sus juicios irreductibles que rechazan la contrastación objetiva, hacen pensar en mecanismos delirantes.
3. En cuanto a las frecuentes relaciones entre AN y fenomenología obsesivo-compulsiva, señaladas ampliamente por diversos autores (3; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 65; 66), no se nos confirman en Rorschach en cuanto a pensamiento se refiere. Ni la forma de procesar la información ni la forma de codificarla corresponden al funcionamiento cognitivo obsesivo, aunque la ideación deliberada pasiva, en cortocircuito, que mantiene ocupado al sujeto de forma improductiva e ineficaz, pueda manifestarse en la clínica con una apariencia obsesiva. En el DSM-IV (37) se considera que las obsesiones son pensamientos, ideas, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan ansiedad o malestar significativo, aclarando que este concepto hace referencia a que el contenido de la obsesión es ajeno y que está fuera de su control, y no encaja con el tipo de pensamiento que el sujeto querría tener, aunque los considera como productos de su mente. En la CIE-10 (67) se habla de ideas que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del sujeto, de forma estereotipada, de pensamientos percibidos como propios a pesar de ser involuntarios.

La ideación obsesiva, tal y como ha sido descrita en estos manuales diagnósticos, es una ideación no deliberada, lo que en Rorschach vendría determinado, sobre todo, por un aumento de respuestas de tipo irritativo, de tipo no deliberado, es decir, por un aumento de $FM + m$. Sin embargo, en los datos obtenidos no hay un aumento de ideación no deliberada ($FM + m$) y sí se aprecia un aumento significativo de ideación deliberada pasiva (Mp), lo que implica, según Rorschach, que estas ideas son iniciadas por el propio sujeto, aunque aceptadas de forma acrítica y pasiva. La clínica, además, corrobora que las pacientes anoréxicas no hacen crítica de estos pensamientos, no los consideran absurdos ni parecen intentar evitarlos. Por tanto, según estos datos de Rorschach, el funcionamiento cognitivo de las PAN difiere del funcionamiento obsesivo no solo en su forma de procesar la información y en su forma de traducirla (Mediación), sino también en su forma de elaborarla (Ideación).

4. Esta pasividad del pensamiento no resulta ni avalada ni rechazada por la bibliografía consultada. Sin embargo, podría dar respuesta a la pregunta formulada por algunos autores (68) sobre cómo se produce la internalización de los mensajes poco realísticos, provenientes todos ellos de los medios de comunicación y de las presiones sociales, que preconizan un estereotipo concreto y, por otra parte, inasequible para la mayoría.

Una de las limitaciones de esta investigación proviene del sexo de los participantes, sólo mujeres. Esta limitación refleja la propia incidencia de la patología anoréxica, ya que el 90-95% son mujeres (69). El grupo de varones, evaluado paralelamente al realizar este estudio, todavía constituye una muestra muy exigua, que será objeto de posteriores estudios y comparaciones. En cuanto al tamaño de la muestra, pequeño en términos poblacionales, es suficientemente amplio en estudios con Rorschach (27; 58). Teniendo en cuenta los tamaños muestrales y el tipo de muestreo subjetivo, como es lo habitual en investigaciones psicológicas, en las que no se suele tener la posibilidad de hacer una asignación aleatoria de los sujetos, obtenemos tamaños de efecto en torno a valores medios y potencias estadísticas cercanas a las propuestas por Cohen y otros autores (70; 71), lo que permite que los resultados puedan considerarse bastante sólidos.

Aunque plantearía grandes dificultades, sería interesante realizar una investigación similar en la que la muestra estuviera constituida por anoréxicas «con éxito» (modelos, deportistas, etc), sin historia psicológico/psiquiátrica, para poder comparar los resultados con los obtenidos con estas pacientes. ¿Se podría pensar que mantendrían la misma actividad ideacional?.

Los resultados aquí obtenidos tienen una serie de implicaciones prácticas. En cuanto al *tratamiento* se refiere, parece obvio que 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 una estrategia idónea. También podemos entender, a través de algunas variables Rorschach, las dificultades que el tratamiento de la AN plantea y que el pronóstico de este cuadro, en general no sea bueno, ya que se puede constatar la presencia de índices de *pronóstico* desfavorable para un tratamiento psicoterapéutico: a) ideación pasiva e ineficaz (*Mp*); b) estilo rígido (*EB Per*); c) buenos recursos para decidir las conductas (*EA*) y la posibilidad de llevarlas a la práctica y mantenerlas sin impulsividad. 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 distintos modelos teóricos (72). En el tema de *prevención*, y según nuestros datos, sería importante, desde sectores como por ejemplo el educativo, enseñar a nuestros adolescentes a tomar posturas activas, resolver problemas, tomar

decisiones, desarrollar conductas asertivas, participar en grupos de actividades y cooperación, desarrollar su capacidad de crítica, etc; en suma, dotarles de recursos psicológicos suficientes, o potenciar los que tienen, para que sean capaces de afrontar de forma adecuada las dificultades que les plantea un entorno cada vez más complejo, sin recurrir a respuestas inadecuadas o francamente patológicas.

■ AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gonzalo Morandé, que me facilitó el acceso a sus pacientes anoréxicas. Al Dr. John Exner y a la Dra. Concepción Sendín, por su ayuda y apoyo a lo largo de la elaboración de esta investigación. Su confianza en este proyecto fue un constante estímulo. Posteriormente, sus opiniones acerca de los resultados obtenidos, han contribuido sustancialmente a mi interés por difundirlos.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Bruch, H. «Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa». *Psychosomatic Medicine*, 1962, 24: 187-194.
2. Russell, G. F. M. «Anorexia nervosa and bulimia nervosa». In G. F. M. Russell, & L. Hersov (Eds.), *The neuroses and personality disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
3. Turón, V. *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson, 1997.
4. Morandé, G.: y otros. *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1995.
5. Hsu, L. K. G. «Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954 to 1978)». *Archives of General Psychiatry*. 1980, 37: 1041-1043.
6. González, A.; Jiménez, S. «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, 1997.
7. Brusset, B. «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, & J. M. Marco, Trads.) (pp. 185-207). Madrid: Biblioteca Nueva, 1990. (Fecha del trabajo original: no consta)
8. Garner, D. M.; Bemis, K. «A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa». *Cognitive Therapy and Research*. 1982, 6: 1-27.
9. Beck, A. T. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.



10. Shafran, R.: et al. «A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion». *British Journal of Clinical Psychology*. 1999, 38: 167-179.
11. Radomsky, A. S.: et al. «Thought-shape fusion in anorexia nervosa: an experimental investigation». *Behaviour Research and Therapy*. 2002, 40: 1169-1177.
12. López Gómez, I. «Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria». En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp. 157-169). Barcelona: Masson, 2001.
13. Toro, J. «Anorexia nerviosa». *Medicina Clínica*. 2001, 117: 334-335.
14. Stonehill, E.; Crisp, A. H. «Psychoneurotic characteristics of patients with bulimia nervosa before and after the treatment and at follow-up 4-7 years later». *Journal of Psychosomatic Research*. 1997, 21: 187-193.
15. Kaye, W.: et al. «Patients with anorexia nervosa have elevated scores on Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale». *International Journal of Eating Disorders*. 1992, 12: 57-62.
16. Yellowlees, A. J. «Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: A study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology». *British Journal of Psychiatry*. 1985, 146: 648-652.
17. Fernández, F.; Turón, V. *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson, 1998.
18. Thornton, C.; Russell, J. «Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders». *International Journal of Eating Disorders*. 1997, 21: 83-87.
19. Halmi, K. A.: et al. «Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa». *Archives of General Psychiatry*. 1991, 48: 712-718.
20. Varela, M.: et al. «Anorexia nerviosa: Estudio clínico-fenomenológico de siete casos». *Revista de Psiquiatría Clínica*. 1994, 31: 25-34.
21. Muttini, C. «Bulimia e falso-se». *Minerva Psichiatrica*. 2002, 43: 1-10.
22. Cabetas, I. *Anorexia nerviosa: la melancolía como sustrato psico-patológico de la enfermedad*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid, 1998.
23. Horiguchi, T.; Sasaki, T. «Rorschach study of borderline personality disorder: Construction of borderline personality index». *Journal of Mental Health*. 1998, 44: 69-74.
24. Mormont, Ch. ; Frankignoul, A. ; Michel, A. «Le transsexualisme et l'anorexie mentale: Emprise et tyrannie de la subjectivité». *Pratiques Psychologiques*. 2001, 3: 25-36.
25. Salorio, P.: y otros. «Personalidad y trastornos alimentarios: Un estudio mediante el test de Rorschach (Exner)». *Anales de Psiquiatría*. 2003, 19: 1-4.
26. Exner, J. E. «Introduction». In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 1-24). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.
27. Dies, R. R. «Subject variables in Rorschach research». En J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 99-121). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

28. Kitagawa, N.: et al. «Temperament and character of patients with eating disorders: An association between personality and clinical manifestations». *Seishin Igaku Clinical Psychiatry*. 2002, 44: 381-389.
29. Calderón, E. *Trastornos de la personalidad en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la alimentación no especificado*. Tesis Doctoral: Universidad de Islas Baleares, 2000.
30. Casper, R. C.; Hedeker, D.; McClough, J. F. « Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping». *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992, 31: 830-840.
31. Fassino, S.: et al. «Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the Temperament and Character Inventory». *International Journal of Eating Disorders*. 2002, 32: 412-425.
32. Río Sánchez, M. C. *Anorexia nerviosa: análisis de algunos aspectos cognitivos*. Tesis Doctoral: Universidad de Sevilla, 1995.
33. Fountoulakis, K.: et al. «Morning and evening plasma melatonin and dexamethasone suppression test in patients with nonseasonal major depressive disorder from Northern Greece». *Neuropsychobiology*. 2001, 44: 113-117.
34. García Alba, C. *Anorexia y Depresión. Evaluación de la personalidad en muestras adolescentes*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid, 2000.
35. Exner, J. E. *The Rorschach. A comprehensive System. Basis Foundations and Principles of Interpretation* (Vol. 1, 4th ed.). NJ: Wiley & Sons, 2003.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed., Rev.) (*DSM III-R*). Washington, DC: Author, 1987.
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.) (*DSM IV*). Washington, DC: Author, 1994.
38. American Psychiatric Association. «Practice guideline for eating disorders». *American Journal of Psychiatry*. 1993, 150: 212-228.
39. Roberts, N.; Vargo, B.; Ferguson, H. B. «Measurement of anxiety and depression in children and adolescents». *Psychiatric Clinics of North America*. 1989, 12: 837-860.
40. García Villamizar, D.; Polaino, A. «Una revisión del concepto de depresión infantil desde la perspectiva clínica». En A. Polaino (Ed.), *Las depresiones infantiles* (pp. 54-70). Madrid: Morata, 1988.
41. Endicott, J.; Andreasen, N.; Spitzer, R. «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, Trad.) (ps. 137-169). Madrid: Editores Médicos, 1989. (Trabajo original publicado en 1978)
42. Achenbach, T. M. «The child behavior profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies». *International Journal of Mental Health*. 1979, 7: 24-42.

43. Pedreira, J. L.; Sánchez, B. «Primary care and screening instruments for mental disorders in children and adolescents». *European Journal of Psychiatry*. 1992, 6: 109-120.
44. Sendín, C.; García Alba, C. «Diagnóstico escolar: Integración de Rorschach y Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC) para la medida del desarrollo cognitivo». *II Congreso Internacional de Psicología y Educación*. 17-19 Noviembre, Madrid, 1995.
45. Exner, J. E. *The Rorschach: A Comprehensive System. Basic foundations* (Vol. 1, 2nd ed.). New York: Wiley & Sons, 1986.
46. Exner, J. E. *El Rorschach: Un Sistema Comprensivo. Fundamentos básicos* [The Rorschach: A Comprehensive System: Basic foundations] (Vol. 1, 3th ed.) (M. Esbert, Trad.). Madrid: Psimática, 1994. (Trabajo original publicado en 1993)
47. Exner, J. E. *A Rorschach workbook for the Comprehensive System* (5 th ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshops, 2001.
48. Exner, J. E.; Sendín, C. *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática, 1995.
49. Parker, K. C.; Hanson, R. K.; Hunsley, J. «MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity». *Psychological Bulletin*, 1988, 103: 367-373.
50. Hedges, L. V.; Olkin, I.. *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic, 1985.
51. Exner, J. E.; Weiner, I. B. *The Rorschach: A Comprehensive System: Assessment of children and adolescents* (Vol. 3, 2nd ed.). New York: Wiley & Sons, 1995.
52. Viglione, D. J. «Problems in Rorschach research and what to do about them». *Journal of Personality Assessment*. 1997, 6: 590-599.
53. Keppel, G. *Design and analysis: A researcher's handbook* (2nd. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991.
54. Bavry, J. L. [Computer software]. Moresville: Scientific Software Incorporate («SSI»), 1992.
55. Sánchez Carrión, J. J. *Manual de análisis de datos* . Madrid: Alianza Editorial, 1995.
56. Exner, J. E. *The Rorschach: A Comprehensive System. Interpretation* (Vol. 2, 2nd ed.). New York: Wiley & Sons, 1991.
57. Sánchez Carrión, J. J. *Análisis de tablas de contingencia* (2ª ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1992.
58. Exner, J. E.; Sendín, C. «Some issues in Rorschach research». *European Journal of Psychological Assessment*. 1997, 13: 155-163.
59. Exner, J. E.; Kinder, B. N.; Curtis, G. «Reviewing basic design features». In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 145-158). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

60. Weiner, I. B. «Current status of the Rorschach inkblot method». *Journal of Personality Assessment*. 1997, 68: 5-19.
61. Weiner, I. B. «Interscorer agreement in Rorschach research». *Journal of Personality Assessment*, 1991, 56: 1.
62. Fernández Aranda, F. «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, 1997.
63. Fernández Aranda, F.: et al. «Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls». *International Journal of Eating Disorders*. 1994, 16: 307-310.
64. Halmi, K. A. (1962). «Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa». *Psychological Medicine*. 1962, 24: 187-194.
65. Simeon, D.: et al. «Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive compulsive disorder». *American Journal of Psychiatry*. 1995, 152: 1207-1209.
66. Thiel, A.: et al. « Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa». *American Journal of Psychiatry*. 1995, 152: 72-75.
67. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor, 1992.
68. Thomsen, S.; McCoy, J.; Williams, M. «Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines». *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001, 9: 49-64.
69. Vidal Rubio, S. «Factores socioculturales y relaciones interpersonales en la anorexia nerviosa». En V. Turón (Ed.), *Trastornos de la alimentación* (pp. 80-91). Barcelona: Masson, 1997.
70. Cohen, J. «The statistical power of abnormal-social psychological research: A review». *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1962, 65: 145-153.
71. Acklin, M. W.; McDowell, C. J. «Statistical power in Rorschach research». In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 181-193). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.
72. García Alba, C. «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, 1996.

Carmen García Alba
Doctora en Psicología
Instituto José Germain de Leganés (Centro de Salud Mental Infanto-juvenil)
Madrid
garciaalba@ wanadoo.es