

ARTÍCULOS

Reflexiones sobre un grupo de adolescentes no pacientes. Comparación con pacientes anoréxicas y deprimidas

Reflections on a non-patient adolescent group. Comparison with anorexic and depressed female patients

CARMEN GARCÍA ALBA¹

RESUMEN

Este artículo presenta los hallazgos relativos a un grupo de no pacientes que participó como grupo de control en una Tesis Doctoral sobre Anorexia Nerviosa y Depresión. La hipótesis sometida a verificación postulaba que la Depresión es, frecuentemente, una patología comórbida con la Anorexia Nerviosa. A tal fin se diseñó un estudio comparativo con 50 pacientes anoréxicas, tipo restrictivo (PAN), 50 deprimidas (DP) y 50 no pacientes (NP), de 13 a 16 años. Se utilizó el Test de Rorschach y el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), comparándose sus resultados con las observaciones de los padres, recogidas de forma estandarizada a través del Child Behavior Checklist (CBCL). Estos resultados ya han sido publicados (García Alba, 2003 a, b; 2004; en prensa).

En el grupo de no pacientes, como era de esperar, se constata la ausencia de psicopatología depresiva. No obstante, los datos obtenidos permiten reflexionar sobre el alto grado de vulnerabilidad psicológica detectado en este grupo y sus posibles repercusiones, aunque para poder generalizar estos resultados sería necesario ampliar la muestra. Se subraya la importancia de

¹ Doctora en Psicología, Especialidad Clínica. Equipo Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de Leganés.(Hospital Psiquiátrico José Germain). Madrid.

lograr diagnósticos diferenciales para evitar intervenciones iatrogénicas. Finalmente se enfatiza la necesidad de utilizar en investigación diversos tests y grupos de control para minimizar sesgos en resultados y conclusiones.

ABSTRACT

This paper focuses on results of a non-patient group that participated as control group in a research about anorexia nervosa and depression. As it is assumed that depression is frequently a concomitant pathology in anorexia nervosa, we carried out a comparative case/control study with 50 restrictive-type (PAN) anorexic patients, 50 depressed patients (PD) and 50 non patients (NP), aged between 13 and 16. We used the Rorschach test and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and compared results to parents' observations collected by means of the Child Behavior Checklist (CBCL). These results have already been published (García Alba, 2003 a, 2003 b; 2004, in press).

As expected, we did not find depressive symptoms in NP group. However, data invite to think of the existence of a high psychological vulnerability in this group and of its impact, although we would need to increase group size in order to generalize results. We also emphasize the importance of getting differential diagnosis in order to avoid iatrogenic interventions. Finally, we point out the convenience of using different tests and control groups that minimize biases in results and conclusions.

PALABRAS CLAVE

No pacientes, Adolescentes, Evaluación.

KEY WORDS

Non patients, Adolescents, Assessment.

INTRODUCCIÓN

La idea del presente artículo surge al hilo de una Tesis Doctoral presentada en la Universidad Complutense de Madrid, en la que se pretendía ahondar en el conocimiento de la Anorexia Nerviosa (AN) desde la perspectiva de la evaluación psicológica de la personalidad. El interés por el tema provenía de diversas fuentes: 1) Se trata de un problema sanitario de primera magnitud, ya que es una enfermedad grave, de curso prolongado, que requiere tratamiento especializado con frecuentes ingresos, y que produce elevadas tasas de cronicidad y mortalidad, debido a que en la actualidad se carece de una respuesta terapéutica eficaz a largo plazo. Por ello, tiene gran repercusión personal, familiar y social. 2) Aunque su relación con la sintomatología depresiva es innegable, por las anomalías biológicas que ambas patologías comparten (hipercortisolismo asociado a una excesiva excreción de corticoliberina; un estado disfuncional de los neurotransmisores tales como niveles bajos de noradrenalina y serotonina; etc.) y por los rasgos afectivos comunes que presentan, la naturaleza precisa de esta relación y la secuencia en que tiende a desarrollarse, todavía permanece poco clara. 3) La revisión bibliográfica realizada sobre el tema, pone de manifiesto importantes limitacio-

nes en las investigaciones existentes debido a la utilización de tamaños muestrales pequeños, mezclas diagnósticas de AN y Bulimia (BN) bajo el epígrafe de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), rangos de edades excesivamente amplios por lo que se incluyen sujetos con características psicológicas muy diferentes y, finalmente, evaluaciones psicológicas reducidas a cuestionarios o inventarios específicos, siendo muy escasos los estudios psicodiagnósticos más completos por razones obvias de dificultad y coste, económico, de tiempo empleado y grado de especialización requerido. Todo ello determinó tanto el interés como la posible utilidad de este estudio, en el que se consideró relevante someter a verificación la hipótesis que postulaba que hay diferencias significativas entre Anorexia y Depresión (D), que ambas son entidades nosológicas distintas y que, por ello, se obtendrían resultados distintos en las variables destinadas a evaluarlas. Para alcanzar este objetivo se realizó un estudio comparativo de casos y controles con muestras adolescentes: 50 pacientes anoréxicas restrictivas (PAN), 50 pacientes diagnosticadas de depresión (PD) y 50 no pacientes (NP) como grupo de control. Se utilizaron los tests *Rorschach* y *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) conjuntamente, para obtener información del sujeto proce-

dente de distintas fuentes (Dana & Bolton, 1982), y contrastarla con un criterio externo: las observaciones de los padres recogidas de forma estandarizada a través del *Child Behavior Checklist* de Achenbach (CBCL). Los resultados obtenidos en esta investigación han sido publicados por la Universidad Complutense de Madrid (García Alba, 2003a) y, parte de ellos, divulgados en diversos artículos (García Alba, 2003b; 2004; en prensa).

Al margen de estos resultados, pero partiendo del mismo estudio, surge el objetivo de esta publicación, que consiste en realizar un análisis descriptivo/comparativo de algunos de los resultados correspondientes al grupo NP, que llaman la atención. Como era de esperar, se observa una ausencia de depresión u otra patología entre estas adolescentes. No obstante, aparecen niveles de ineficacia social y rasgos de vulnerabilidad psicológica que resultan preocupantes e invitan a la reflexión. Estos resultados incitan a proseguir la investigación con adolescentes no pacientes, ampliando la muestra tanto en número como en representatividad pues, de confirmarse los resultados que aquí se apuntan con muestras más representativas, señalarían la necesidad de tomar algún tipo de medidas al respecto, de forma preventiva, para evitar la posible aparición de algún tipo de alteración a

medio o largo plazo en muestras similares. Otro motivo de interés para elaborar este artículo consiste en que existen pocas publicaciones sobre adolescentes y menos aún basadas en instrumentos clínicos y de administración individual.

MÉTODO

Para someter a verificación esta hipótesis, según se ha indicado, se realizó un diseño comparativo de casos y controles.

Participantes

Se incluyeron 150 mujeres, entre 13 y 16 años. Se decidió que fueran sólo mujeres porque la patología anoréxica tiene mayor incidencia en el sexo femenino. El grupo de varones, evaluados paralelamente, constituye todavía una muestra muy exigua, por lo que será objeto de posteriores estudios y comparaciones. Con la elección del intervalo de edad de 13 a 16 años se pretendió: 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. Todas ellas provenían del sector público (educativo/sanitario) y su posición socioeconómica se situaba en los niveles medio y medio/bajo.

Las 150 participantes formaron tres grupos de 50 sujetos en cada grupo, siguiendo los criterios de Exner (1995) y Dies (1995): 50 pacientes anoréxicas tipo restrictivo (PAN), 50 pacientes deprimidas (PD) y 50 no pacientes (NP) como grupo de control. Los criterios de selección de los sujetos para cada uno de los grupos fueron distintos (García Alba, 2003a y b), pero, por razones de espacio nos centraremos aquí únicamente en los específicos del grupo NP.

Las NP del grupo de control eran alumnas de un Instituto Público de Enseñanza Media de Madrid (Leganés). En todos los casos se tenía constancia de que su rendimiento académico era adecuado (para eliminar posibles limitaciones intelectuales) y que no habían demandado, en ningún momento, ayuda psiquiátrica o psicológica (para descartar AN,D u otras patologías). 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 aca-

démico 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 importantes era corroborada por la adolescente, en la entrevista que precedía a la aplicación del Rorschach, y por los padres a través del inventario de Achenbach (1979). No obstante, se acordó previamente con los profesionales del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área que, si tras la evaluación psicológica realizada se detectaba algún tipo de patología psíquica, se remitiría el caso para que fuera atendido y pudiera recibir ayuda psicológica adecuada. Cada vez se señala con mayor insistencia la necesidad de contar con recursos asistenciales ulteriores (Pedreira & Sánchez, 1992) cuando se realizan este tipo de estudios.

Este grupo tenía una media de edad de 14.9 años, con una desviación típica de .95.

En todos los casos, se realizó un chequeo de los datos cognitivos Rorschach, según proponen Sendín y García Alba (1995), para confirmar la ausencia de limitaciones intelectuales.

Instrumentos de medida

Rorschach, utilizado básicamente como test perceptual-cognitivo, siguiendo el Sistema Comprehensivo de Exner (2003), mayoritariamente aceptado a nivel internacional y que unifica formación y criterios entre los distintos rorschachistas. En el test Rorschach el sujeto proporciona datos sobre dimensiones de su personalidad a través de la articulación de sutiles propiedades perceptivas, sin saber exactamente qué tipo de información está aportando, por lo que resulta difícil que pueda alterarla deliberadamente, administrado con la consigna establecida (Exner 2001) y en contextos usuales (Exner y Sendín, 1998).

El *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), autoinforme, dentro de los parámetros de un test de formato fijo de respuesta, 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 recomendación Archer (1987) en poblaciones adolescentes.

La utilización conjunta de ambos instrumentos es una práctica habitual en evaluación psicológica (Archer & Krishnamurthy, 1993) y

son, además, dos de las pruebas que más se emplean en el ámbito clínico, por lo que cuentan con un gran bagaje de investigaciones previas que avalan su utilidad para este tipo de estudios.

El *Child Behavior Checklist* (CBCL), se utilizó sólo como criterio externo, para evaluar las mismas conductas sintomáticas, observadas desde la óptica de los padres, pues la escala carece de categoría diagnóstica, en opinión del propio autor (Achenbach, 1979; Achenbach & Edelbrock, 1983).

Variables

En el conjunto de la investigación se incluyeron 205 variables para cada uno de los 150 sujetos que componían el total de la muestra, lo que supuso un trabajo estadístico y de procesamiento de datos amplio y complejo. Al seleccionar las variables Rorschach se tuvieron en cuenta únicamente aquellas que eran susceptibles de cuantificación, siguiendo los criterios que Exner y Sendín (1998) marcan en su obra. La información secuencial y de contenidos, aunque se considera muy rica, no se utilizó en esta investigación, centrada en los datos más estructurales del protocolo, para posibilitar un ulterior tratamiento estadístico/informático de los datos.

1. Medidas de validez

Rorschach

— Número de Respuestas (R) y Lambda (L), o proporción que indica cómo se utilizan los recursos que se poseen ante un campo estimular nuevo. Se consideró, siguiendo el Sistema Comprensivo (Exner 2001), que un protocolo Rorschach con $R < 14$ y $L > .99$, carece de validez y debe ser rechazado.

— En la obtención de protocolos Rorschach de las NP, de forma puntual y por condiciones de accesibilidad al grupo, fue necesaria la intervención de otros examinadores. En este caso, se analizó la posible influencia de este hecho (*sesgo de los examinadores*) y el grado de fiabilidad entre puntuadores (*acuerdo entre puntuadores*).

MMPI

— Escalas F y K. La escala F incluye una variedad de ítems, desde los muy obvios a otros que suponen experiencias, pensamientos y sensaciones bizarras, extrañas e inusuales. La escala K es un factor corrector que se seleccionó para identificar a sujetos que manifestaran altos grados de patología pero que produjeran protocolos casi normales.

— Índice $F - K > 11$ (Gough, 1950). Si F es substancialmente más alto que K indica que el sujeto intenta, tratando de mostrar un mayor grado de psicopatología, falsear los resultados.

2. Medidas para evaluar problemas afectivos

Rorschach

— Índice de depresión (DEPI) y las variables que lo integran. Se consideró positivo si $DEPI \geq 6$. No se incluyeron problemas afectivos más reactivos, propios de $DEPI = 5$.

— Índice de Inhabilidad Social (CDI) y las variables que lo integran. Se valoró positivo si $CDI \geq 4$. Aunque el CDI no es propiamente un índice de depresión, cuando este índice resulta positivo indica que el sujeto tiene, habitualmente, dificultades para enfrentarse de forma eficaz a las demandas existentes en su entorno social y no logra establecer vínculos relacionales adecuados, por lo que resultará bastante vulnerable, sobre todo cuando las situaciones sean complejas o generadoras de tensión. Si este déficit no se subsana, la persona irá cosechando experiencias de fracaso que, a largo plazo, generarán una depresión secundaria (Sendín y García Alba, 1993). También se analizaron las combinaciones

simultáneas de DEPI y CDI, para poder determinar la relación existente entre depresión e ineficacia social en las muestras estudiadas.

— Variables Rorschach relacionadas con ansiedad (sombreado y color acromático), ya que ésta suele estar presente en la mayoría de los cuadros depresivos y en los TCA.

La codificación de los protocolos se realizó también siguiendo las directrices del Sistema Comprensivo de Exner (2003).

MMPI

— Escala 2 (Depresión)

— Escala 7 (Psicastenia). Se tomó como medida de ansiedad. Según las opiniones más generalizadas (López Gómez, 2001), la ansiedad suele estar presente tanto en la sintomatología depresiva como en la patología anoréxica.

— Tipos de perfil basados en códigos de dos dígitos (Archer, 1987).

En todas las Escalas se requirieron puntuaciones típicas (PT) superiores a 70 para alcanzar significación clínica.

Se utilizaron los baremos de Marks y Briggs, pues parecen ser los más adecuados en opinión de

diversos autores (Archer, 1987) y se siguieron los criterios de corrección e interpretación que Archer señala en su obra (1987), centrada en población adolescente.

CBCL (Escala de Problemas de Conducta)

— Subescalas de Depresión y Ansiedad.

3. Para un mayor conocimiento de los NP se realizó un *análisis descriptivo* de todas las variables Rorschach del protocolo.

Procedimiento

La aplicación de las pruebas fue, en todos los casos, individual; incluso el CBCL se administró en entrevista personal para lograr mayor fiabilidad y evitar la invalidación de alguno 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.

Análisis de Datos

Se utilizó, básicamente, el pro-

grama estadístico SPSS/PC+. 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 un *análisis exploratorio* de las variables, se decidió incluir los siguientes cálculos estadísticos:

1. *Estadísticos univariantes* que, además de proporcionar información sobre estos sujetos, aportarían 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.

2. *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. Se utilizó el *contraste F* y el *contraste Tukey* y se determinó un nivel de significación de $\alpha = .05$. Se calculó la potencia estadística con el programa estadístico Bavy (1992) y el tamaño del efecto (η).

3. *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 propone cortes interpretativos y estadísticos no paramétricos. b) En variables paramétricas en las que fuera útil establecer un punto de corte para separar valores esperables de los que resultarían indicativos de algún tipo de alteración psicológica.

4. Finalmente se realizó un *análisis discriminante* con todas las variables Rorschach que resultaron significativas a lo largo de la investigación.

RESULTADOS

1. Resultados sobre validez: Rorschach y MMPI

Rorschach

Aunque inicialmente se partió de protocolos válidos ($R \geq 14$ y $L < .99$), es importante constatar que no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a R ni en puntuación Lambda, según se deduce del análisis de varianza realizado, que figura en la Tabla 1.

Basándonos en este dato y siguiendo las directrices de Exner, podemos concluir que el posible sesgo de los examinadores (1 exa-

**Tabla 1. Variables que miden validez de Rorschach y MMPI.
Análisis de varianza**

	No Pacientes (NP) (N = 50)	Pacientes Anoréxicas (PAN) (N = 50)	Pacientes o Deprimidas (N = 50) (DP)	Significación	η^2	Pot.
Variables Rorschach						
Nº Respuestas	M = 24.98; DT = 9.01	M = 22.44; DT = 5.91	M = 21.56; DT = 6.11	0.076	0.20	0.60
Lambda	M = 1.10; DT = 0.86	M = 0.84; DT = 0.82	M = 1.28; DT = 2.21	0.108	0.14	0.25
Variables MMPI						
Escala F	M = 55.32; DT = 10.75	M = 58.18; DT = 15.49	M = 66.64; DT = 17.58	PD > ANP y NP**	0.32	0.90
Escala K	M = 47.38; DT = 11.75	M = 51.28; DT = 9.76	M = 43.88; DT = 8.68	ANP > PD**	0.28	0.91

Nota: η^2 = Tamaño del efecto; Pot. = Potencia estadística; M = Media; DT = Desviación Típica; ** = $p > 0.01$.

minador en PAN, 2 en DP y 3 en NP), en parte determinado por razones de accesibilidad a la muestra, no afectó significativamente a la longitud de los protocolos obtenidos.

El porcentaje de *acuerdo inter-puntuadores*, realizado sobre un 15% de protocolos Rorschach seleccionados al azar del total de la muestra, sobrepasa los niveles recomendados por Exner y Sendín (1997) y por Weiner (1997). (Ver tabla 2).

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

MMPI

El índice F-K > 11, que indica posibilidades de simulación, está totalmente ausente en NP. Estas adolescentes además mantienen buenos niveles adaptativos y de organización (escala F) y un balance bastante adecuado entre cooperación y cautela ante la situación de examen (escala K, F-K > 11).

2. Resultados sobre problemas afectivos: Rorschach, MMPI, CBCL

En el grupo de NP observamos que:

— Como era de esperar, la

Tabla 2. Porcentaje de acuerdo entre puntuadores Rorschach

Test Rorschach Segmentos	Acuerdos recomendados		Acuerdos logrados
	Exner & Sandín, 1997	Weiner, 1997	Investigación actual
Localización y Calidad Evolutiva	cercano al 100%	superior al 90%	93,5%
Determinantes	no inferior a 80%	alrededor del 80%	85%
Calidad Formal	85%	alrededor del 90%	83,5%
Formas	cercano al 100%	superior al 90%	98%
Contenido	85%	alrededor del 90%	92%
Populaceas	cercano al 100%	superior al 90%	100%
Actividad Organizativa	cercano al 100%	superior al 90%	96,5%
Códigos Especiales	no inferior al 80%	alrededor del 80%	82%

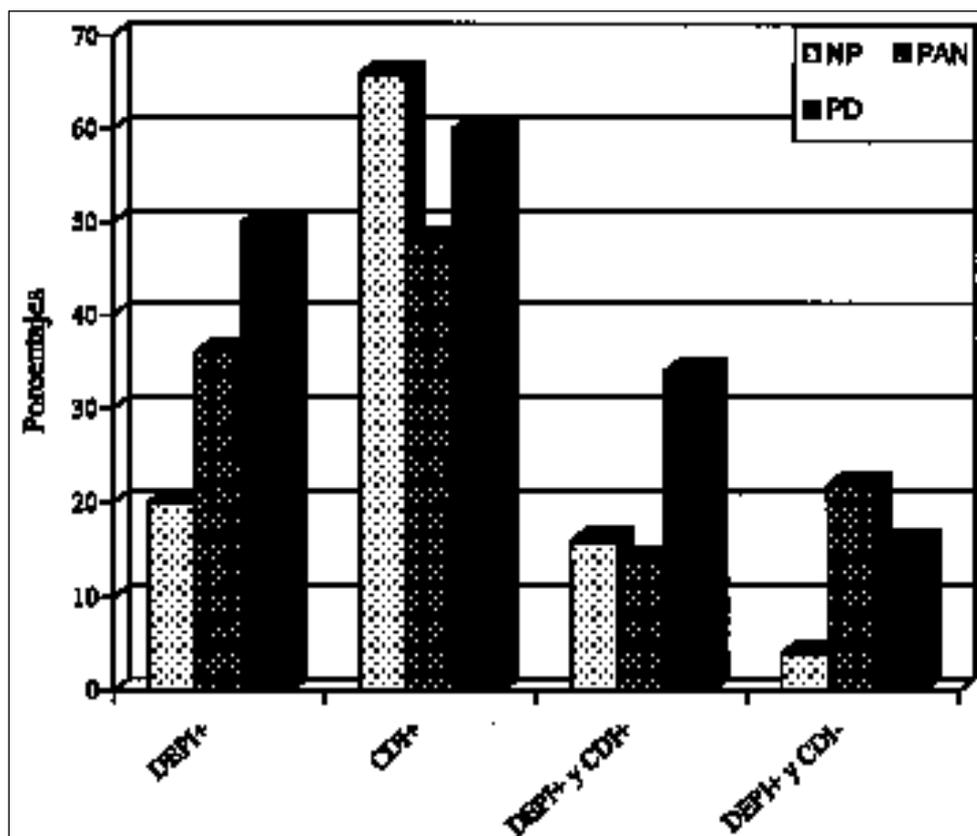
ausencia de depresión es altamente significativa. En este sentido apuntan los resultados de las tres pruebas aplicadas para evaluarla: a) Índice de depresión Rorschach: DEPI ≥ 6 ausente en 80% ($p < .01$). b) Escala 2 del MMPI: PT > 70 ausente en 88% ($p < .001$, $\eta = .52$, potencia = 1). c) Escala de depresión del CBCL menor que en los otros grupos ($p < .01$, $\eta = .30$, potencia = .92). Es decir, que la mayoría de estas adolescentes no están deprimidas (Rorschach), manifestándolo así cuando se les pide que se autodescriban (MMPI), opinión que comparten sus padres cuando hablan de ellas (CBCL). Los resultados de los distintos tests concuerdan totalmente en este punto.

— También encontramos que las adolescentes de este grupo no sufren intensas y dolorosas experiencias de malestar debido tensiones emocionales internas, ni retienen excesivamente sus emociones (variables Rorschach de sombreado y color acromático no aumentadas en 73% casos, $p < .01$ y $p < .05$, respectivamente). Cuando estas adolescentes informan sobre sí mismas, excluyen de su autodescripción componentes de ansiedad patológica (escala 7 del MMPI, $p < .001$, $\eta = .36$, potencia = .99) y aunque sus padres observan cierta ansiedad en sus hijas, esta alteración carece de significación clínica y se diferencia claramente de la de los grupos psicopatológicos estudiados ($p < .001$, $\eta = .36$, potencia = .99).

— Cuando aparece un trastorno afectivo severo en estas adolescentes NP (DEPI ≥ 6 en 20%), si analizamos mas ampliamente estos resultados y su posible relación con problemas de inhabilidad social (CDI), se observan datos muy interesantes:

La mayoría de las depresiones que aparecen en las NP son secundarias a su desvalimiento o ineptitud para desenvolverse en su medio social de forma adecuada (DEPI ≥ 6 + CDI ≥ 4 en 16%), resultando extremadamente infrecuente que las adolescentes que se rela-

Figura 1. Índices de Depresión (DEPI) y de Inhabilidad social (CDI)



DEPI + : Índice de Depresión positivo (DEPI ≥ 6).

CDI + : Índice de Inhabilidad Social positivo (CDI ≥ 4).

DEPI + y CDI + : Ambos Índices positivos.

DEPI+ y CDI - : I. de Depresión positivo e I. de Inhabilidad Social negativo.

cionan adecuadamente con su entorno se depriman ($DEPI \geq 6$ y $CDI < 4 = 4\%$; $p < .05$).

La importancia de la ineficacia social como causa de depresión se constata también en el grupo de PD, en el que ambos índices aparecen unidos de forma significativa ($p < .05$).

— Vemos, además, que este grupo de NP está formado, en general, por adolescentes bastante inhábiles ($CDI \geq 4$ en 66%). En consecuencia, en este grupo de NP existe un riesgo importante de desarrollar depresiones futuras relacionadas con problemas de ineptitud social, lo que resulta un dato pronóstico muy preocupante. A conclusiones semejantes se llega también por otra vía, a través del estudio del *Factor de Riesgo* que aporta Exner (1997). Este índice, aún en fase de investigación, relaciona dos variables Rorschach (Lambda y Estilo Vivencial o estilo básico de personalidad), recibiendo cada una de ellas distinto peso, según sus características concretas. Pues bien, alcanzan un factor de riesgo 8, el más elevado, un 34% de estas adolescentes. Esto indica que el 34% de las NP de nuestra muestra tiene una alta probabilidad de generar algún tipo de alteración psicopatológica a medio o largo plazo. El estudio conjunto de DEPI y CDI señala que uno de estos riesgos probables es la depresión.

— Los perfiles que aparecen con más frecuencia en el MMPI de las NP son el 2-3/3-2 (18%), 5-9/9-5 (14%) y 1-2/2-1 (10%). Pero la posterior aplicación de Ji-cuadrado, a los perfiles más frecuentes del grupo total no aporta resultados significativos. Sólo en el grupo de no pacientes resulta significativo el perfil 5-9/ 9-5, el menos patológico de los descritos por Archer (1987), pero esta significación no se puede tener en cuenta debido al escaso número de sujetos que presentan esos perfiles en los otros dos grupos (4% en PD y 2% en PAN). Por tanto, lo único que cabe concluir es que en estos grupos ningún perfil resulta diferenciador y que, probablemente, habría que ampliar el tamaño de los grupos para obtener resultados más claros y concluyentes.

3. El análisis descriptivo de las variables Rorschach del grupo de NP aporta los siguientes resultados:

— Los datos de nuestro grupo difieren bastante de los baremos que obtiene Exner con población adolescente americana (Exner & Weiner, 1995), únicos referentes disponibles hasta el momento actual. Algunas de estas diferencias son muy evidentes y llamativas. Por ejemplo, nuestras adolescentes tienen un Lambda muy alto ($L = 1.10$), casi el doble que los

jóvenes americanos ($L \approx .66$), lo que indica que aquellas utilizan un estilo más evitativo, negador y simplificador cuando se relacionan con su entorno. También la autoestima de nuestras NP resulta bastante baja, pues el Índice de Egocentrismo inferior a .33 está presente en el 52% de los casos frente al 11% de la muestra americana. Además, nuestras adolescentes aparecen socialmente más aisladas (Índice de Aislamiento = .31 frente a muestra americana $\approx .16$) y presentan una indefinición del estilo básico de personalidad, en un 62% de casos (tipo vivencial ambiguo), mientras que en la población americana este porcentaje oscila entre un 35% a los 13 y un 19% a los 16 años.

En suma, parece que este grupo de NP, en comparación con las adolescentes de la muestra americana, son más inmaduras, más ineficaces socialmente, y probablemente por ello, adoptan una actitud más evitativa y se aíslan más de su entorno.

— Se obtienen estadísticos univariantes para cada una de las variables Rorschach, que por razones de extensión no se incluyen en este artículo pero que serán objeto de una ulterior publicación, pues son los primeros estadísticos descriptivos de este test obtenidos con sujetos adolescentes españoles. Aunque, obviamente, este grupo no

es representativo 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 orientativos.

CONCLUSIONES

1. Los datos sobre *presencia de depresión* en una parte del grupo de NP (Rorschach = 20%; escala 2 del MMPI = 12%), nos lleva a varias puntualizaciones:

— La diferencia de porcentajes (8%) entre Rorschach y MMPI, partiendo de que ambos tests resultan válidos y fiables, son explicables en función de la distinta naturaleza de estas pruebas. Señala Meyer (1997) que hay que tener en cuenta que la escala 2 del MMPI hace referencia a la depresión tal y como el sujeto la comprende conscientemente y la informa deliberadamente, mientras que el DEPI de Rorschach, alude a la depresión tal y 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. La diferencia entre ambos instrumentos, hace que se deriven de ellos aspectos distintos de la personalidad evaluada (Weiner, 1993), en función de que las dimensiones

de estos dos instrumentos son relativas y no categóricas.

— Se hace necesario situar estas tasas de depresión, obtenidas en nuestro grupo de NP, en el contexto de las aportaciones bibliográficas de otros autores: a) Hay acuerdo unánime al señalar que en la adolescencia aumentan las tasas de depresión (Canals y Domènech, 1990). Este incremento está relacionado, en parte, con factores socio-culturales propios del mundo actual, en el que 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. b) 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), por lo que se señala como probable explicación, además de factores culturales, un influjo hormonal. c) Otra opinión compartida por diversos autores 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). Se aportan algunos ejemplos: 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 Villamizar (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. Se considera también que la prevalencia aumenta con la edad, disparándose la tasa en la etapa adolescente. Estas diferencias se encuentran tanto en los datos comunicados sobre la población general como en el ámbito clínico y pueden explicarse por la heterogeneidad de las muestras utilizadas, 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).

— Los resultados sobre el estudio conjunto de DEPI y CDI, apuntan una conclusión importante en cuanto al tratamiento de los sujetos que presentan conjuntamente ambos índices positivos, lo que ocurre, en nuestro grupo, en un porcentaje alto de casos. En estas adolescentes, la depresión parece

ser secundaria a un problema de disfunción social, según los datos disponibles (Exner, 2001). La farmacoterapia, práctica habitual ante un síndrome depresivo, sólo sirve en estos casos para cronificar la patología, hecho muy grave siempre, pero más aún cuando se trata de personas jóvenes. La planificación del tratamiento, teniendo en cuenta este dato, debería variar totalmente, ya que lo fundamental consiste en mejorar las habilidades sociales de estos sujetos para un mejor ajuste, lo que indirectamente disminuirá su vulnerabilidad a padecer futuras depresiones secundarias e incidirá en su depresión actual.

Una clara consecuencia que se deriva de este resultado es la importancia de lograr un diagnóstico diferencial de depresión lo más matizado posible, para planificar el tratamiento de la forma más adecuada a las características de cada caso. El test Rorschach resulta de gran utilidad para establecer esta diferenciación.

— Un punto de gran interés, sobre todo en cuanto a prevención se refiere, lo constituyen los hallazgos que hacen referencia a la gran vulnerabilidad psicológica que se detecta en nuestro grupo de NP, por su marcada ineficacia social y riesgo de generar algún tipo de psicopatología a medio o largo plazo (CDI, Factor de Riesgo), aunque en

el momento actual todavía no hayan realizado ninguna demanda de ayuda psicológica. Sería necesario proseguir la investigación en esta línea ya que, de confirmarse estos datos con una muestra representativa, habría que tomar medidas al respecto, dotando a los chicos no sólo de los contenidos curriculares pertinentes, sino también de los medios necesarios para enfrentarse adecuadamente a un entorno que les demanda resolver dificultades crecientes, para las que muchos no parecen estar preparados ni cuentan con recursos psicológicos suficientes o no los llegan a desarrollar adecuadamente. Sería conveniente potenciar las habilidades sociales, las conductas asertivas, las actividades grupales y el entrenamiento en resolución de problemas, toma de decisiones y expresión de dificultades. Es decir, habría que proporcionar a los adolescentes más recursos u operativizar mejor los que tienen para posibilitar unas relaciones más satisfactorias con el entorno, evitando con ello conductas poco adaptativas como forma de evasión ante las dificultades (alcohol, violencia, etc.) o conductas claramente patológicas (intentos de suicidio, depresión, anorexia, etc.). Probablemente el ámbito escolar resulte el más idóneo para llevar a cabo estos programas.

También se hace necesario

potenciar valores personales, en una sociedad con fuertes componentes narcisistas, en la que el dinero, el poder y el triunfo parecen ser los más notables o los únicos referentes. Resulta muy ilustrativo un estudio realizado en 1999 con jóvenes madrileños por el Servicio de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la CM (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, entre otros, determinados aspectos como: a) La delgadez como atributo culturalmente dominante y como modelo único; b) El imperativo del triunfo, en todas y cada una de las facetas de la vida, como mensaje recurrente; c) El éxito social, con la evidencia de que las personas delgadas son mejor aceptadas en todos los ámbitos. Todo ello va marcando unas metas, muchas veces inalcanzables y, por ello, generadoras de frustración.

2. Finalmente, en cuanto a las diferencias halladas entre los datos de nuestros NP y la muestra de Exner, con población americana, podemos aventurar algunas hipótesis explicativas: a) Las características específicas de este grupo de NP, que no son representativas de la población española. Estas diferencias son esperables y, en parte, guardan relación con los tamaños

muestrales: 50 adolescentes españolas entre 13 y 16 años, frente a 465 adolescentes americanos en los mismos intervalos de edad. 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 algunos de los resultados que se han comentado; b) También pueden tener relación con las diferencias culturales de ambas muestras: nuestros jóvenes participan menos en actividades sociales y comunitarias, tardan más en independizarse y alcanzan su autonomía mucho más tarde que los adolescentes americanos. c) Quizá también influyan factores educacionales: muchas de estas familias, al igual que ocurre con otras familias españolas, emigraron de sus lugares de origen a las ciudades, sin excesiva preparación académica, y tuvieron que esforzarse mucho para 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 enseñarles a resolver las dificultades cotidianas, para compensar las penurias que ellos tuvieron que afrontar, olvidando transmitirles los valores que ellos poseen pero que no reconocen como tales (esfuerzo

para lograr las cosas, afán de superación, etc.).

Para poder confirmar estas hipótesis, sería necesario ampliar el grupo de NP, 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.

— Estos resultados ponen también de manifiesto 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 que se comparan pueden arrojar diferencias significativas en los resultados de un estudio, aún en el caso de que psicopatológicamente no las hubiera. Por ello, se hace también patente la necesidad de potenciar trabajos con muestras españolas, para lograr un empleo más adecuado de los tests, con datos normativos que minimicen los sesgos culturales.

REFERENCIAS

- 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., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Archer, R. P. (1987). *Using the MMPI with adolescents*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1993). Combining the Rorschach and the MMPI in the assessment of adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 60, 132-140.
- Bavry, J. L. (1992). [Computer software]. Moresville: Scientific Software Incorporate ("SSI").
- Canals, J. y Domènech, E. (1990). Depresión infantil: Hacia un enfoque preventivo. *Investigación Médica Permanente: Psiquiatría*, 4, 189-194.
- Dana, R., & Bolton, B. (1982). Interrelationships between Rorschach and MMPI scores for female college students. *Psychological Bulletin*, 51, 1281-1282.
- Dies, R. R. (1995). Subject variables in Rorschach research. In J. E. Exner (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research* (pp. 99-121). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- 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. (1997, Octubre). Seminario sobre *Actualización en el test de Rorschach*. Curso organizado por la Delegación Española de Rorschach Workshops, Madrid.
- Exner, J. E. (2001). *A Rorschach workbook for the Comprehensive System* (5 th ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshops.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach. A comprehensive System. Basic Foundations and Principles of Interpretation* (Vol. 1, 4th ed.). NJ: Wiley & Sons.
- Exner, J. E., & Sendín, C. (1997). Some issues in Rorschach research. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 155-163.
- Exner, J. E. y Sendín, C. (1998). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo* (2ª ed.). Madrid: Psimática.
- 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.
- García Alba, C. (2003a). *Anorexia y Depresión. Evaluación de Personalidad en muestras adolescentes*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- García Alba, C. (2003b). Procesos de pensamiento en adolescentes anoréxicas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 87, 9-29.

García Alba, C. (2004). Depressive comorbidity in anorexic adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 40-52.

García Alba, C. (in press). Cognitive functioning in anorexia nervosa. Characteristics of personality in adolescent samples. *Rorschachiana*.

Gough, H. G. (1950). The F minus dissimulation index for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 408-413.

Keppel, G. (1991). *Design and analysis: A researcher's handbook* (2nd. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

López Gómez, I (2001). 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.

Meyer, G. J. (1997). On the integration of personality assessment methods: The Rorschach and MMPI. *Journal of Personality Assessment*, 68, 297-330.

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.

Polaino, A. y García Villamizar, D. A. (1993). *La depresión infantil en Madrid: Un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC.

Schütze, G. (1983). *Anorexia mental* (Diorki, Trad.). Barcelona: Herder. (Trabajo original publicado en 1980)

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., y García-Alba, C. (1995). *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, Noviembre 17-19, 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.

Viglione, D. J. (1997). Problems in Rorschach research and what to do about them. *Journal of Personality Assessment*, 68, 590-599.

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. (1997). Speaking Rorschach: Our method stands tall. *Rorschachiana*, XII, 1-12.