

# **UNIVERSIDAD DE BURGOS**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN**



**ALEXITIMIA Y VULNERABILIDAD A TRASTORNOS ALIMENTARIOS  
EN ADOLESCENTES GALLEGOS DE 12-16 AÑOS**

**JACINTO ESCUDERO VIDAL**

**DIRECTORES:  
DR. ALFREDO JIMÉNEZ EGUIZÁBAL  
DR. ANTONIO SÁNCHEZ CABACO**

**Burgos, 2006**

© **Universidad de Burgos**  
I.S.B.N.: 978-84-96394-64-3  
Depósito Legal: BU.-216-2007

Quisiera mostrar mi agradecimiento a los dos directores de la Tesis, D. Juan Alfredo Jiménez Eguizábal y D. Antonio Sánchez Cabaco, sin cuyo ánimo, orientación y gran experiencia, me hubiese sido imposible llevarla a buen término.

Y así mismo, a todos los directores de los centros, jefes de estudio, orientadores escolares, psicólogos, profesores y alumnos, por toda su disponibilidad y por las facilidades que me han brindado a la hora de recabar datos para poder realizar esta investigación. En especial a D. Carlos Domínguez Alonso, psicólogo del colegio HH. Maristas "Santa María" de Orense; D. Manuel Fernández Álvarez, profesor de Religión de "La Cañiza" (Pontevedra), D. Germán García Mera, profesor de apoyo del IES "Lucus Augusti" de Lugo, y Dña. Susa García Mariñas, profesora del IES "Otero Pedrayo" de La Coruña que me facilitaron toda la aplicación en la enseñanza pública.



---

# ÍNDICE

---



<b>INDICE</b> .....	3
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9

## **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

<b>1. SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES</b> .....	14
<b>1.1. Salud mental</b> .....	15
1.1.1. De la concepción demonológica a la naturalista .....	17
1.1.2. Factores psicológicos en el trastorno mental .....	19
1.1.3. El planteamiento comunitario.....	21
1.1.4. Salud mental como proceso .....	22
<b>1.2. Aproximación al concepto de salud mental positiva</b> .....	23
<b>1.3. Comunidad y salud: concepto y formulaciones</b> .....	24
<b>1.4. Trastornos de salud mental en los niños y adolescentes</b> .....	25
1.4.1. Los trastornos del comportamiento.....	26
1.4.2. Los trastornos de la adaptación.....	28
1.4.3. El suicidio adolescente .....	34
1.4.4. El trastorno de tourette .....	37
<b>1.5. Síntesis del capítulo uno</b> .....	41
<b>2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS JÓVENES</b> .....	43
<b>2.1. Trastornos alimentarios</b> .....	44
<b>2.2. Anorexia y bulimia</b> .....	48
2.2.1. Etiología y patogenia de la anorexia nerviosa.....	48
2.2.2. Pronóstico .....	51
2.2.3. Etiopatogenia de la bulimia nerviosa .....	70
2.2.4. Factores predisponentes .....	70
<b>2.3. Otros trastornos de conducta alimentaria</b> .....	75
2.3.1. Obesidad.....	75
2.3.2. Vigorexia .....	83
2.3.3. Ortorexia.....	87
<b>2.4. Los TCA en los adolescentes y en los jóvenes</b> .....	91
<b>2.5. Síntesis del capítulo dos</b> .....	93
<b>3. LA ALEXITIMIA EN LOS ADOLESCENTES</b> .....	96
<b>3.1.- Conceptualización</b> .....	97

<b>3.2.- Evaluación</b> .....	102
3.2.1. Escala de alexitimia de Toronto (TAS).....	102
3.2.2. Otros Instrumentos de evaluación de la alexitimia .....	107
<b>3.3. Alexitimia y trastornos alimenticios</b> .....	112
3.3.1. Alexitimia, anorexia, bulimia, atracones y obesidad.....	113
3.3.2. Alexitimia, emoción y trastornos alimenticios.....	117
3.3.3. Alexitimia y problemas psíquicos.....	120
3.3.4. Alexitimia y otras patologías .....	125
<b>3.4. Síntesis del capítulo tres</b> .....	127

## **ESTUDIO EMPIRICO**

<b>4. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS</b> .....	130
4.1. Planteamiento de la investigación .....	131
4.2. Objetivos.....	133
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	134
5.1. Sujetos .....	135
5.2. Instrumentos.....	149
5.3. Procedimiento .....	158
<b>6. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	165
6.1. Descriptivo.....	166
6.2. Comparativo .....	176
<b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	200
7.1. Discusión general.....	201
7.2. Conclusiones generales y perspectivas.....	207
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	214
<b>ANEXOS</b> .....	253

## LISTA DE TABLAS

Nº 1: Edad del padre.....	255
Nº 2: Edad de la madre.....	256
Nº 3: TAS 20-Escala PT .....	257
Nº 4: TAS 20-Escala DIS .....	259
Nº 5: TAS 20-Escala DDS.....	260
Nº 6: TAS 20- Escala PE .....	261
Nº 7: EAT: Puntuación total .....	262
Nº 8: Descriptivos. Provincia de residencia.....	263
Nº 9: Prueba de homogeneidad de varianzas .....	264
Nº 10: Anova .....	264
Nº 11: Comparaciones múltiples. Scheffé.....	265
Nº 12: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT.....	267
Nº 13: TAS 20-Escala DIS .....	267
Nº 14: TAS 20-Escala DDS.....	267
Nº 15: TAS 20- Escala PE .....	268
Nº 16: GHQ-28-Escala A:PS.....	268
Nº 17: GHQ-28-Escala B:DS .....	268
Nº 18: GHQ-28-Escala C:AI.....	269
Nº 19: GHQ-28-Escala D:DS .....	269
Nº 20: EAT: Puntuación total .....	269
Nº 21: Prueba T. Tipo de centro: privado – público. Estadísticos de grupo.....	270
Nº 22: Prueba de muestras independientes.....	271
Nº 23: Prueba T. Centros de zona urbana y zona rural. Estadísticos de grupo.....	272
Nº 24: Prueba de muestras independientes.....	273
Nº 25: ANOVA de un factor. Edad de los sujetos. Descriptivos.....	275
Nº 26: Prueba de homogeneidad de varianzas .....	277
Nº 27: Anova .....	277
Nº 28: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples .....	278
Nº 29: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT.....	288
Nº 30: TAS 20-Escala DIS .....	288
Nº 31: TAS 20-Escala DDS.....	289
Nº 32: TAS 20- Escala PE .....	289
Nº 33: GHQ-28-Escala A:PS.....	290
Nº 34: GHQ-28-Escala B:DS .....	290

Nº 35: GHQ-28-Escala C:AI.....	291
Nº 36: GHQ-28-Escala D:DS .....	291
Nº 37: EAT: Puntuación total .....	292
Nº 38: Prueba T. Sexo de los sujetos. Estadísticos de grupo.....	293
Nº 39: Prueba de muestras independientes.....	293
Nº 40: Anova de un factor. Provincia de nacimiento. Descriptivos .....	295
Nº 41: Prueba de homogeneidad de varianzas.....	296
Nº 42: Anova .....	297
Nº 43: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples .....	298
Nº 44: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT.....	301
Nº 45: TAS 20-Escala DIS .....	302
Nº 46: TAS 20-Escala DDS.....	302
Nº 47: TAS 20- Escala PE .....	302
Nº 48: GHQ-28-Escala A:PS.....	303
Nº 49: GHQ-28-Escala B:DS .....	303
Nº 50: GHQ-28-Escala C:AI.....	303
Nº 51: GHQ-28-Escala D:DS .....	304
Nº 52: EAT: Puntuación total .....	304
Nº 53: Anova de un factor. Cursos. Descriptivos.....	305
Nº 54: Prueba de homogeneidad de varianzas.....	306
Nº 55: Anova .....	307
Nº 56: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples .....	308
Nº 57: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT.....	310
Nº 58: TAS 20-Escala DIS .....	310
Nº 59: TAS 20-Escala DDS.....	311
Nº 60: TAS 20- Escala PE .....	311
Nº 61: GHQ-28-Escala A:PS.....	311
Nº 62: GHQ-28-Escala B:DS .....	312
Nº 63: GHQ-28-Escala C:AI.....	312
Nº 64: GHQ-28-Escala D:DS .....	312
Nº 65: EAT: Puntuación total .....	313
Nº 66: Anova de un factor. Profesión de los padres. Descriptivos.....	314
Nº 67: Prueba de homogeneidad de varianzas.....	315
Nº 68: Anova .....	315
Nº 69: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples .....	316
Nº 70: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT.....	318

Nº 71: TAS 20-Escala DIS .....	318
Nº 72: TAS 20-Escala DDS.....	319
Nº 73: TAS 20- Escala PE .....	319
Nº 74: GHQ-28-Escala A:PS.....	319
Nº 75: GHQ-28-Escala B:DS .....	320
Nº 76: GHQ-28-Escala C:AI.....	320
Nº 77: GHQ-28-Escala D:DS .....	321
Nº 78: EAT: Puntuación total .....	321
Nº 79: Anova de un factor. Profesión de los padres. Descriptivos.....	322
Nº 80: Prueba de homogeneidad de varianzas .....	323
Nº 81: Anova .....	323
Nº 82: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples .....	324
Nº 83: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT .....	327
Nº 84: TAS 20-Escala DIS .....	327
Nº 85: TAS 20-Escala DDS.....	327
Nº 86: TAS 20- Escala PE .....	328
Nº 87: GHQ-28-Escala A:PS.....	328
Nº 88: GHQ-28-Escala B:DS .....	328
Nº 89: GHQ-28-Escala C:AI.....	329
Nº 90: GHQ-28-Escala D:DS .....	329
Nº 91: EAT: Puntuación total .....	329
Nº 92: Anova de un factor. Edad de la madre. Descriptivos .....	330
Nº 93: Prueba de homogeneidad de varianzas .....	331
Nº 94: Anova .....	331
Nº 95: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples .....	332
Nº 96: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT .....	333
Nº 97: TAS 20-Escala DIS .....	333
Nº 98: TAS 20-Escala DDS.....	334
Nº 99: TAS 20- Escala PE .....	334
Nº 100: GHQ-28-Escala A:PS.....	334
Nº 101: GHQ-28-Escala B:DS .....	335
Nº 102: GHQ-28-Escala C:AI.....	335
Nº 103: GHQ-28-Escala D:DS .....	335
Nº 104: EAT: Puntuación total .....	336
Nº 105: Anova de un factor. Profesiones de las madres. Descriptivos .....	336
Nº 106: Prueba de homogeneidad de varianzas .....	338

Nº 107: Anova.....	338
Nº 108: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples.....	339
Nº 109: Subconjuntos homogéneos: TAS 20-Escala PT.....	344
Nº 110: TAS 20-Escala DIS.....	344
Nº 111: TAS 20-Escala DDS.....	344
Nº 112: TAS 20- Escala PE.....	345
Nº 113: GHQ-28-Escala A:PS.....	345
Nº 114: GHQ-28-Escala B:DS.....	345
Nº 115: GHQ-28-Escala C:AI.....	346
Nº 116: GHQ-28-Escala D:DS.....	346
Nº 117: EAT: Puntuación total.....	346
Nº 118: Anova de un factor. Familiares con los que conviven los alumnos.....	347
Nº 119: Prueba de homogeneidad de varianzas.....	348
Nº 120: Anova.....	349
Nº 121: Pruebas post hoc. Comparaciones múltiples.....	350
Nº 122: Subconjuntos homogéneos. TAS 20-Escala PT.....	354
Nº 123: TAS 20-Escala DIS.....	354
Nº 124: TAS 20-Escala DDS.....	354
Nº 125: TAS 20- Escala PE.....	355
Nº 126: GHQ-28-Escala A:PS.....	355
Nº 127: GHQ-28-Escala B:DS.....	355
Nº 128: GHQ-28-Escala C:AI.....	356
Nº 129: GHQ-28-Escala D:DS.....	356
Nº 130: EAT: Puntuación total.....	356

**PRUEBAS APLICADAS:**

1ª TAS-20.....	358
2ª GHQ-28.....	359
3ª EAT.....	363

---

# **INTRODUCCIÓN**

---

Dentro de la tarea docente es necesaria la búsqueda constante de una educación integral de los alumnos de manera que quien ejerce su magisterio no deje de hacerlo en todo momento. El ritmo de vida de la sociedad actual ha generado problemas en la adolescencia que demandan soluciones urgentes. Por eso en el presente trabajo tratamos de investigar en los aspectos relacionados con los trastornos emocionales y alimentarios de los adolescentes con el fin de que los educadores tengan un mayor conocimiento de esta problemática, para que les sirva de ayuda en su labor diaria.

La intención de todo educador es conducir al hombre al logro de una conducta ordenada para que sepa ver las cosas y pueda comprenderlas, y una vez hecho esto sepa transformar en ideas aquello que lleve a promover la mejor adaptación y, al mismo tiempo, reconduzca lo que deteriore a la persona, en nuestro caso al adolescente. Por tanto, con esta investigación aportamos a los educadores unos resultados, para que puedan tener referencia de la incidencia que puede haber de riesgo en los jóvenes con los que trabajan de caer en problemas alimentarios. Además es necesario que los educadores, junto con los padres y la sociedad, vean dónde conviene poner remedio para poder prevenir los problemas con los que se puedan encontrar los adolescentes y concienciándoles de esas realidades busquen una solución.

Sabemos que hay más aspectos que influyen en los alumnos que el educativo del aula. Los medios de comunicación, los grupos de amigos, la sociedad... marcan pautas que muchas veces se contraponen a los valores sociales establecidos a lo largo del tiempo; de este modo han ido apareciendo otras necesidades que deben tenerse en cuenta en la tarea educativa.

Esta investigación se enmarca dentro de la perspectiva cognitiva. Como sabemos, en este campo de la Psicología uno de los ámbitos que más se está desarrollando es el de la tarea de la expresión de los sentimientos como problemática que puede llevar a los trastornos alimentarios.

Para ello partimos de una muestra amplia que hemos tratado de que sea representativa de las cuatro provincias gallegas, centrándonos en el ámbito de la adolescencia, más concretamente en la etapa de la Educación Secundaria

Obligatoria, estando presentes tanto alumnos de centros públicos como privados, de zona urbana y rural.

En primer lugar exponemos una fundamentación teórica de la salud mental, trastornos de conducta alimentaria y alexitimia en los jóvenes. Se desarrollan las diferentes teorías etiológicas explicativas de los mismos, con el fin de dar una documentación a los profesionales de la enseñanza en estos temas. Creemos indispensable este apartado para que los educadores -que en muchos casos están al margen de esta formación teórica debido a la falta de información general en estos problemas- puedan tener unas referencias de observación sobre los alumnos que tienen en clase.

A continuación hacemos un planteamiento de la investigación y de los objetivos que nos proponemos con este trabajo. El material que hemos utilizado está compuesto por el test de la TAS-20, que hemos seleccionado por su fiabilidad y validez, como justificaremos más adelante, para medir la alexitimia; el GHQ-28, para medir el riesgo de padecer problemas de salud mental y el EAT-40 para ver la incidencia de los trastornos alimentarios.

No podemos olvidar que el maestro es el pivote sobre el que deben girar todos los proyectos institucionales, para ello, con el fin de conocer la realidad llevamos a cabo un análisis y discusión de los resultados para encontrarles un significado y sentido que nos lleve a elaborar unas conclusiones, intuyendo el planteamiento de nuevas perspectivas de estudio basándonos en la investigación realizada. A partir de ahí, las instituciones académicas deberán tomar nota de lo que sea necesario aplicar para que los maestros actúen desde las primeras etapas educativas, combatan los males que nos acechan en la sociedad y realicen políticas preventivas adecuadas.

En las conclusiones determinamos que en la etapa de la Educación Secundaria Obligatoria los mayores problemas de alexitimia se encuentran precisamente entre los alumnos más jóvenes de 1º y 2º y así mismo éstos son los que presentan también mayores dificultades de TA. Lo que puede estar indicando que se están adelantando en edad e intensidad todos estos trastornos y ocurra que sea una generación que a medida que aumente en edad pueda sufrir en mayor número sus consecuencias. Los alumnos de 4º, es decir, los

mayores de esta etapa educativa, son los que presentan las medias más bajas de alexitimia en contraposición con los más jóvenes, sin embargo son los que sufren mayores dificultades de ansiedad e insomnio. Por el contrario, las mayores preocupaciones somáticas y problemas de salud mental se dan en los alumnos de 3º, que coincide con la edad de 14 para 15 años.

No obstante, si comparamos a los adolescentes gallegos con otros de su misma edad comprobamos que son una población sana en salud mental, con problemas muy bajos de alexitimia, aunque sí presentan un ligero aumento en TA y los van padeciendo en edades más tempranas, como ya indicábamos antes.

Esta investigación busca aportar información para el mayor conocimiento de la etapa Secundaria Obligatoria, en relación con la alexitimia, salud mental y trastornos alimentarios, para que los profesionales de la educación que día a día se encuentran luchando por una formación integral de estos alumnos, puedan intuir cada vez más las posibles soluciones que conviene aplicar.

Finalmente, cabe reseñar que la documentación bibliográfica aportada, aparte de actualizada, da una visión muy amplia y completa de la problemática que aquí hemos investigado.

---

# **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

---

---

# **CAPÍTULO I. SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES**

---

## 1.1. SALUD MENTAL

Aclarar hoy día el concepto de Salud Mental, es prácticamente imposible, ya que nadie se pone de acuerdo para diferenciar lo que es Salud Mental y lo que deja de serlo, porque la barrera entre ambos conceptos es muy difícil debido a las ideas de las distintas sociedades y entornos que rodean al individuo.

Mientras que para unos, el concepto de Salud Mental es la ausencia de toda enfermedad física, para otros supone no sólo lo anterior, sino también el desarrollo en plenitud de la persona tanto física como psicológicamente, rodeada de un entorno feliz que le ayude a madurar y desarrollarse como persona en totalidad. Por lo que nos encontramos con un concepto utópico, que tiene justamente el valor de la utopía, el de proyectar a todos los hombres hacia acciones favorecedoras del bienestar de todos.

Es también un concepto multidisciplinar que contempla, además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con el mundo laboral, el urbanismo, las clases sociales, la educación, la cultura, las creencias y las modas, en definitiva, con el estar aquí y ahora siendo quienes somos por género, cultura y rol social.

Por tanto, la Salud Mental no debe ser abordada sólo desde el ámbito puramente médico, sino que debe abarcar todos los campos que rodean al individuo, tanto desde el punto de vista psicológico, clases sociales, mundo laboral, educación, cultura, creencias, modas, lugar de residencia, como desde el vivir en el aquí y ahora de lo que somos por sociedad y cultura.

Según la O.M.S. 1946, el término de "salud", es el "Estado de completo bienestar, mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad y dolencia", con lo cual podemos deducir, que una persona para tener salud debe gozar también de salud mental, porque si no, carecería de la primera.

Según José Guimón (2001), con el término "Salud Mental", hablamos más que de una Ciencia o una simple actividad clínica de un empeño, un tema candente, un compromiso social y humanitario.

Los Principios de las Naciones Unidas para la protección de las personas que padecen una enfermedad mental y para la mejora de la asistencia en Salud Mental (UN, 1991) definen la "Asistencia en Salud Mental" como "el análisis y el diagnóstico del estado mental de una persona, el tratamiento, la asistencia y la rehabilitación de una enfermedad mental o supuesta enfermedad mental". El término "profesional de la Salud Mental" significa "un médico, un psicólogo clínico, una enfermera, un trabajador social u otra persona cualificada y formada de forma adecuada que posea habilidades específicas útiles para los cuidados en Salud Mental". Un "establecimiento en Salud Mental" es definido como "un establecimiento cualquiera o una unidad de un establecimiento cualquiera que proporciona, como función primaria, cuidados en Salud Mental".

El campo de la Salud Mental es más amplio que el de la Psiquiatría clínica, porque incluye, además de las tareas de ésta, la detección de los casos no diagnosticados de la población, así como la prevención en los sujetos normales para evitar que contraigan trastornos psicológicos. Sólo un dos por ciento de la población padece un trastorno psiquiátrico grave (p. ej. Psicosis).

Sólo un uno por ciento con un trastorno mental consulta al psiquiatra. Como la capacidad de detección de los médicos generales no supera el sesenta por ciento, un gran porcentaje de la población con problemas psíquicos queda sin diagnosticar adecuadamente, por lo cual para mejorar esta situación, a la que no llegan los psiquiatras, se va a requerir del concurso de otros profesionales, como sociólogos, educadores, clérigos, etc. y de los propios pacientes y sus familias (Guimón, 2001).

Wing (1978) distingue entre dos significados del término enfermedad mental. El primero es un concepto amplio que incluye todas las desviaciones y anormalidades que llevan al paciente a acudir a un profesional y que resulta de la conjunción de dos procesos: desviación estadística y atribución social. El otro es mucho más específico y exige la existencia de un síndrome clínico y de un trastorno biológico subyacente. Subraya que, en casos como los trastornos de la personalidad, no existen ni síndrome ni etiología comprobables.

Siguiendo al profesor Sánchez Cabaco en su recorrido por la evolución histórica del trastorno mental, nos informa de que según Hobbs (1964) y

Pelechano (1986) hay tres grandes hitos o revoluciones en el campo de la salud mental.

### **1.1.1. De la concepción demonológica a la naturalista**

La concepción mágica de la enfermedad mental prevaleció en la llamada "Paleomedicina". Se pensaba que los fenómenos sobrenaturales, en particular la influencia de los espíritus de los antepasados de la tribu, eran de vital importancia a la hora de condicionar la conducta. Romper un tabú, la falta de cumplimiento de los ritos tradicionales o la posesión demoníaca eran causa de locura (Así, se ha interpretado que la trepanación del cráneo, observada en algunos esqueletos en Perú, se practicaba muy probablemente en sujetos que padecían epilepsia o trastornos de conducta, en un intento de liberarles del espíritu maligno que les poseía). Durante siglos, la enfermedad mental fue considerada como posesión demoníaca y para su tratamiento se proponían prácticas exorcistas (Guimón 1998).

En la Biblia, la enfermedad mental era considerada un castigo de Dios. También se observa en ella la interpretación de los sueños y procesos de "cura" que nos recuerdan a los de los psiquiatras de ahora. En la Grecia antigua se sustentaba la creencia en la etiología sobrenatural de la enfermedad mental y en las técnicas de curación que practicaban la "incubación", en la que el sujeto se dormía dentro de un templo, siendo así capaz de contactar con los dioses, quienes a veces le liberaban de sus trastornos mentales. En la Civilización árabe, prevalecía el concepto de la divinidad de los enfermos mentales. En consecuencia, se consideraba a éstos como personas sabias y sus cuidadores les trataban con respeto (Guimon 2001).

En un primer momento el cambio más importante fue la consideración natural de los trastornos psíquicos. Hipócrates (460-377 a. de J.C.) empezó a superar la concepción extranatural de la enfermedad y llegó a describir algunos trastornos psíquicos cuyos nombres siguen siendo actuales. Otros sabios como Platón, Areteo, Galeno contribuyeron a este avance, pero en la Edad Media se produce el resurgimiento de las viejas creencias con prácticas oscurantistas que conllevaron al exorcismo, hechicería y brujería (Sánchez Cabaco, 1995).

En el Renacimiento se introducen nuevos aires, pasando a una concepción naturalista de la enfermedad mental. Luis Vives (1492-1540) con su obra "Introducción a la sabiduría" plantea toda una temática de higiene mental. Paracelso (1493-1541) y Weyer (1551-1588) atacan a la demonología y señalan la necesidad de tratar médicamente a los brujos y endemoniados (S. Cabaco, 1995).

Como dice Thomas S. Szasz (1970), las creencias que llevaron a las cacerías de brujas existían mucho antes del siglo XIII, pero fue sólo entonces cuando las Sociedades europeas las utilizaron para formar la base de un movimiento organizado. Weyer echaba la culpa a los "médicos inexpertos que relegaban todas las enfermedades incurables a la brujería".

Para la mente medieval, la locura era sinónimo de trastorno moral, vicio, violencia, y con frecuencia se representaba el concepto con símbolos tales como dragones, el Anticristo, etc.

En la época de la Ilustración, la locura vino a ser considerada como opuesta a la razón transformándose en objeto de una auténtica discriminación. Después del Renacimiento, la locura fue un problema para aquellos países que querían organizar el "espacio social" enviando a los asilos a mendigos, a pobres y a desocupados (Guimón 2001).

Paralelamente a las nuevas concepciones surgen las instituciones de acogida: manicomios o "casas de locos", que en España se crearon en el siglo XV (González, 1978) y proliferan en Europa a partir del siglo XVII (Foucault, 1984), pero no llegan a cumplir su objetivo de la salud mental. A pesar de los esfuerzos de Pinel, de su discípulo Esquirol y de tantos otros que buscaban la humanización de la asistencia con el "tratamiento moral", estos no fueron suficientes para erradicar las condiciones inhumanas y el estado lastimoso de los manicomios y de los enfermos allí acogidos (S. Cabaco, 1995).

Según el Profesor José Luis Álvaro de la Universidad Complutense de Madrid, la aproximación médica dominante en la Antigüedad Clásica daba una explicación de los desórdenes mentales a partir de los trastornos producidos en el cerebro por desequilibrios humorales. Este tipo de explicaciones persistirá hasta finales del siglo XVI. Durante el siglo siguiente se desarrollan

interpretaciones naturalistas de la enfermedad mental como la iatrofísica y la isatroquímica. En los siglos XVII y XVIII los trastornos mentales o emocionales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. Durante ambos siglos los enfermos mentales son encerrados y apartados de la vida comunitaria. La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento, sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales (Foucault, 1976); una situación que en algunos casos persistirá hasta bien avanzado nuestro siglo (véase Zaglul, 1990). En el siglo XIX predominan las explicaciones somáticas de la enfermedad mental; objeto de estudio médico, los desórdenes psicológicos eran considerados como una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral según los principios establecidos por el psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826).

Actualmente el problema de la Salud Mental se está tratando de solucionar a veces con tratamientos naturales, acupunturas que se practican hoy más allá de sus indicaciones razonables en todo el mundo, curanderos... que pueden resultar peligrosos para la Salud Mental, aunque son mucho más temibles las sectas que abundan y tratan frecuentemente de reclutar a pacientes mentales para adoctrinarles y a la larga explotarles vital y económicamente, negando la enfermedad mental y atacando a la Psiquiatría (Guimón, 2001).

### **1.1.2. Factores psicológicos en el trastorno mental**

Una segunda gran revolución la representa el esfuerzo freudiano (con antecedentes como Janet, Charcot y Bernheim) de construir una psicopatología científica al margen, fundamentalmente de la biología, buceando en las instancias más subjetivas del enfermo.

Las características básicas del modelo médico acerca de la enfermedad mental se pueden simplificar en cuatro según Korchin (1976):

- Los trastornos mentales: enfermedad con una etiología, curso y resultado determinados (son de origen orgánico).
- Si los trastornos mentales se manifiestan sintomáticamente psicológicos, se les adscribe a una patología física subyacente y son vistos como enfermedades orgánicas.

- Las enfermedades son contraídas por las personas independientemente de su voluntad o deseos, no teniendo aquellas por tanto responsabilidad por enfermar.
- La cura se realiza a través de la intervención profesional, básicamente de tipo médico.

Según Álvaro (1992), el siglo XX se caracteriza por la introducción y el desarrollo del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales iniciada por Emil Kraepelin (1856-1926), el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica, bases del desarrollo de la psiquiatría organicista, el auge de la psicofarmacología y, finalmente, el inicio de concepciones psicosociológicas de la salud y de la enfermedad mental.

La teoría y práctica psicoanalítica desarrollada a partir de Freud y sus seguidores (Abraham, Adler, Jones, etc.) supone un auténtico revulsivo en la comprensión, interpretación y tratamiento de las enfermedades psíquicas.

Tanto en la primera como en la segunda revolución llevaban consigo una focalización atencional sobre el caso individual. Predomina un acercamiento científico mimetizado de las ciencias médicas en donde la tarea a realizar consistía en "tratar" para "eliminar" la alteración motivo de la etiqueta diagnóstica.

Este modelo recibió muchas críticas tanto en el campo psicológico, como sociológico y psicosocial.

De ahí que, según Guimón (2001), en ciertos medios, la utilidad del tratamiento psicoanalítico de los trastornos mentales se ponga seriamente en tela de juicio. Hay una caída del prestigio del Psicoanálisis, ya que se revela largo y doloroso y sus resultados son difíciles de evaluar, los pacientes piden un alivio rápido de su sufrimiento y, para la mayoría de los trastornos, los fármacos y ciertas terapias no-analíticas ofrecen resultados sintomáticos más evidentes.

El Psicoanálisis ya no es, como hace algunos años, el modelo alrededor del cual se desarrolla la mayor parte de la formación de los profesionales en Salud Mental. Se busca ofrecer terapias "rentables" (comportamentales,

cognitivas) con la ayuda de un personal poco formado, apoyado por supervisores ocasionales.

### **1.1.3. El planteamiento comunitario**

En los años que siguen a la Segunda Guerra Mundial surge el Movimiento de Salud Mental Comunitaria (MSMC) por la profunda insatisfacción que hay en los hospitales psiquiátricos y las limitaciones del modelo médico, y se instaure y consolida en EEUU y en Europa.

Hay seis factores principales que concurren en el nacimiento histórico del MSMC (Sarason, 1974; Zax y Specter, 1979; Levine, 1981; Bloom, 1984; Costa y López, 1986):

- Rechazo del hospital psiquiátrico, adoptando distintas fórmulas: hospitales de día, comunidades terapéuticas, etc.
- Insatisfacción con el modelo de salud y trastorno mental de base médica.
- Desencanto con la psicoterapia tradicional.
- La desproporción entre oferta -profesionales- y demanda de servicios de salud mental, buscando desarrollar nuevos métodos de tratamiento y nuevas fuentes de personal (como el uso de paraprofesionales o la autoayuda).
- La responsabilidad social del psicólogo aparecía como difícilmente excusable ante la magnitud de los problemas de salud mental, psicosociales y el nuevo clima social de cambio.
- El ambiente y movimientos de cambio social en los años sesenta.

No obstante, el MSMC padeció en su desarrollo algunos de los errores que intentaba corregir como:

- La ausencia de investigación básica.
- La falta de preparación de los profesionales orientados en estilos de internación comunitaria hicieron fracasar el MSMC en el desarrollo de programas preventivos y de Educación para la Salud en el ámbito de las organizaciones de la comunidad. Según Jeger y Slotnick (1982) se siguieron utilizando los hospitales mentales para reenviar y reducir allí a los internos "crónicos y pobres".

La tarea de transformación “manicomial” hacia una psiquiatría comunitaria y extrahospitalaria, se inicia en España a finales de la década de los sesenta inspirados por los cambios y las experiencias llevadas a cabo en otros países.

A partir de los años 80 se crean centros de Salud, de dependencia municipal, y con una visión de trabajo multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, médicos generales...) que enraizaba con la filosofía de la Atención Primaria, desde los que se han desarrollado importantes programas de salud comunitaria.

#### **1.1.4. Salud mental como proceso**

Es concebida como un proceso dinámico que se desarrolla evolutivamente o en relación interactiva con un entorno. (Freedman et al., 1982).

Hay dos perspectivas de este enfoque:

- **La evolutiva:** la salud psíquica sería el resultado final de un proceso vital en el que cada etapa se deriva secuencialmente de la previa.
  
- **La ecológica:** la salud resultaría de los ajustes e interacciones mutuos del individuo y el contexto de sistemas psicosociales en que está inmerso.

Así la salud psicológica no puede definirse o darse en el individuo per se, sino por referencia a su entorno (económico, físico, social y cultural), según la O.M.S. (1984), siendo por tanto un atributo o resultado, no del individuo mismo, sino del campo total de fuerzas e interacciones en que se mueve.

## 1.2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD MENTAL POSITIVA

El dossier, *Currente concepts of positive mental health* (Jahoda, 1958), sintetiza en seis dimensiones todos los componentes y características de salud mental desde una formulación positiva de la misma.

- Criterios referidos a la estructura interna del individuo: actitud positiva hacia sí mismo (self) y la integración de la personalidad que se corresponden con dos de las características de la personalidad señaladas por Allport:

- Con la seguridad emocional y autoaceptación: confianza en sí mismo y capacidad de manejarse de forma independiente de los demás.

- Por la posesión de una "filosofía vital" unitaria que incluya la coherencia de ideas y creencias.

- El segundo grupo correspondería a los adaptativos y de relación con el entorno

- El tercer grupo corresponde a los criterios evolutivos o procesales: crecimiento, desarrollo y actualización de sí mismo. Strupp y Hadley (1979) señalan que para obtener una imagen correcta y apropiada de la salud mental de una persona necesitamos una evaluación multidimensional.

### a) La dicotomía salud física-salud mental, ¿Una diferenciación necesaria?

Martí Tusquet y Grau (1987) afirman que salud física y salud mental no deben permanecer disociadas, ya que ambas son el producto de una adaptación al ecosistema humano en sus dimensiones biológicas y psicológicas, y sociales.

En sucesivas revisiones de la OMS se considera la salud como un recurso para la vida diaria en el que se subrayarían, como concepto positivo, los recursos sociales y personales además de las capacidades físicas. Elementos importantes serían los suministros físicos (salario, vivienda, alimentación) además de los apoyos del entorno social (WHO, 1984, 1992).

### 1.3. COMUNIDAD Y SALUD: CONCEPTO Y FORMULACIONES

La comunidad es a la vez el sujeto, la localización, el agente y el destinatario de la salud y como tal necesitamos describirla y caracterizarla estructural y funcionalmente para basar la praxis en un conocimiento sistemático. Lo grupal y lo comunitario emerge como una entidad con personalidad propia, distinta de la mera adición o suma de las características y personalidades individuales.

Existe una dimensión de organización institucional que genera un clima y ambiente grupal que puede favorecer sentimientos de seguridad-inseguridad, aceptación-rechazo. Presta una labor crucial de socialización y de transmisión de patrimonio cultural y de valores y pautas de conducta de ese grupo social (Warren, 1972).

Felner et al., (1983) han propuesto un esquema estructurado de los sistemas básicos para concebir la comunidad: entorno natural (geografía y recursos); entorno construido (calidad y naturaleza, población); características agregadas de los habitantes (status socio-económico, ajuste persona-entorno, redes sociales); sistemas (servicios sociales, educativos, médicos, instituciones religiosas, etc.).

También es importante la diferenciación según el tipo de comunidades. A las tres formas que distinguió Tonnies (1979): de sangre (familia, clan, etc.), de lugar (barrios, aldeas...), de espíritu (amistad, religiosidad), había que añadir las "bandas" o grupos que comportan la desviación social y ciertas instituciones sociales que funcionan como comunidades (escuelas, iglesias, grupos de voluntarios, etc.).

Entre los diferentes enfoques o perspectivas desde los que se puede investigar la comunidad, interesa el psico-social y el ecológico.

El primero intenta relacionar los aspectos sociales y culturales con los psicológicos en este proceso mediacional e interactivo. En el segundo prima la interacción entre comunidad y ajuste con el entorno físico-natural y social. Hoy se cuestionan las variables bio-psico-individuales como las últimas y únicas responsables de la conducta normal o desadaptada del individuo y se asumen

en líneas generales como foco teórico estos supuestos (Blanco 1988; Fernández Ríos, 1994):

- La Psicología Comunitaria debe actuar a nivel supraindividual, ya que el sujeto no es el individuo sino la comunidad o la organización en cuanto responsables del comportamiento normal o patológico.
- Tiene preferencia por los grupos y comunidades marginales.
- Persigue como objetivos el bienestar psicosocial de los grupos.
- El individuo es actor de su propia conducta.

Se constata la influencia de factores externos al individuo como responsables de su bienestar físico, social y psicológico, y por ello son foco de atención en lugar de seguir sustentando una política centrada en el caso individual.

## 1.4. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hoy día están surgiendo con mayor frecuencia problemas de salud mental en niños y adolescentes que interfieren en su desarrollo normal y en las actividades de su vida cotidiana. Algunos son leves, mientras que otros son más graves. Los hay que duran solamente períodos cortos de tiempo; otros, potencialmente, duran toda la vida. El Instituto Nacional de la Salud Mental de EE.UU., (National Institute of Mental Health, NIMH), dice que:

- Hay estudios que señalan que hasta el 3 por ciento de los niños y hasta el 8 por ciento de los adolescentes en Estados Unidos sufren de depresión.
- Los trastornos de la ansiedad son los problemas de salud mental más comunes que se presentan en niños y adolescentes.
- El trastorno hiperactivo de déficit de atención es uno de los trastornos mentales más comunes en niños y adolescentes. Afecta aproximadamente al 4,1 por ciento de los jóvenes entre los 9 y los 17 años durante un período de 6 meses.
- Los trastornos alimentarios, incluyendo la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son muy comunes entre las adolescentes y mujeres jóvenes de Estados Unidos.

Tabla 1.1

La mayoría de los niños y adolescentes que tienen problemas de salud mental y se ponen en tratamiento, pueden seguir con su vida normal.

### 1.4.1. Los trastornos del comportamiento

Los trastornos del comportamiento (a veces llamados también trastornos de comportamiento perturbador) son el motivo más frecuente para poner a los niños en tratamientos de salud mental o evaluarlos sobre ellos.

No todos los comportamientos perturbadores son iguales. Estos incluyen problemas de salud mental con especial incidencia en los patrones de comportamiento, en donde se identifican problemas emocionales y se crean dificultades interpersonales y sociales en el curso del desarrollo de los niños y adolescentes.

El trastorno del comportamiento más frecuente es el Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención (THDA), también llamado trastorno de déficit de atención, normalmente diagnosticado en la infancia, que se caracteriza por la falta de atención, impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad. Estos síntomas normalmente se producen de forma conjunta; sin embargo, se puede dar uno sin que aparezcan los otros.

Los síntomas de hiperactividad, cuando están presentes, se suelen notar a la edad de 7 años y a veces antes. Puede que la falta de atención o el déficit de atención no sean evidentes hasta que el niño se enfrente a las características de la escuela primaria.

#### Hay diferentes tipos de THDA:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>THDA, tipo combinado</b> Es el más frecuente de los THDA, caracterizado por comportamientos impulsivos e hiperactivos, con falta de atención y distracción.</li> <li>• <b>THDA, tipo impulsivo/hiperactivo</b> Es el menos frecuente de los THDA, caracterizado por comportamientos impulsivos e hiperactivos sin falta de atención ni distracción.</li> <li>• <b>THDA, tipo falta de atención y distracción</b> Este tipo de THDA está caracterizado predominantemente por una falta de atención y distracción sin hiperactividad.</li> </ul>
--

Tabla 1.2

El THDA es una de las áreas de salud mental de la adolescencia y de la infancia que más se está investigando. Sin embargo, la causa precisa del trastorno todavía es desconocida. Actualmente se piensa que el THDA es genético. Es un trastorno biológico del cerebro. Los niños que tienen THDA tienen niveles de dopamina bajos. Los escáneres hechos en el cerebro muestran que el metabolismo cerebral en los niños que tienen THDA es más bajo en las zonas que controlan la atención, el juicio social y el movimiento.

Estadísticamente, entre un 3 y un 5 por ciento de los niños tienen THDA. La probabilidad de tener THDA es dos y tres veces mayor en los niños que en las niñas.

Muchos padres de los niños que tienen THDA, experimentaron síntomas de THDA cuando eran más jóvenes. Es bastante común entre hermanos y hermanas de la misma familia. Gran número de padres buscan ayuda cuando los síntomas de sus hijos empiezan a interferir en la escuela y en su desarrollo normal.

La mayoría de los síntomas de los niños que tienen THDA también aparece a veces en los que no sufren este trastorno. Sin embargo, en los niños que tienen THDA, estos síntomas se presentan de forma más frecuente e interfieren en el aprendizaje, el ajuste a la escuela y, algunas veces, en las relaciones con los demás.

Las tres categorías de síntomas del THDA son las siguientes:

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Falta de atención:</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Tiempo de atención corto para su edad (dificultad para mantener la atención).</li><li>○ Dificultad para escuchar a los demás.</li><li>○ Dificultad para prestar atención a detalles.</li><li>○ Se distraen fácilmente.</li><li>○ Son olvidadizos.</li><li>○ Escasas capacidades organizativas para su edad.</li><li>○ Escasa capacidad de estudio para su edad.</li></ul></li><li>• <b>Impulsividad:</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Interrumpen a menudo a los demás.</li><li>○ Tienen dificultad para esperar su turno en la escuela y/o juegos sociales.</li><li>○ Tienen a dejar escapar respuestas en vez de esperar a que le pregunten.</li><li>○ Corren riesgos frecuentes, y a menudo sin pensar antes de actuar.</li></ul></li><li>• <b>Hiperactividad:</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Parecen estar en constante movimiento; corren o trepan, a veces sin otro objetivo aparente que moverse.</li><li>○ Tienen dificultad para permanecer en su asiento incluso cuando así se espera.</li><li>○ No se están quietos con las manos o se retuercen cuando están en su asiento; se mueven excesivamente.</li><li>○ Hablan excesivamente.</li><li>○ Tienen dificultad para tomar parte en actividades tranquilas.</li><li>○ Pierden u olvidan las cosas repetidamente y a menudo.</li><li>○ Son Incapaces de permanecer en su tarea; cambian de una tarea a otra sin terminar ninguna.</li></ul></li></ul>
--

**Tabla 1.3**

### **1.4.2. Los Trastornos de la Adaptación**

Un trastorno de la adaptación es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida, a la cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante esa situación o al cambio. La reacción debe producirse en un lapso de tres meses posteriores al suceso o al cambio que provoca el estrés. En el caso de niños o adolescentes, este suceso puede ser una mudanza, el divorcio o la separación de los padres, la pérdida de una mascota o el nacimiento de un hermano, por mencionar algunos.

No hay un solo vínculo directo entre el suceso estresante y la reacción a éste. Los niños y los adolescentes tienen diversos temperamentos, experiencias distintas, un diferente grado de vulnerabilidad y diferentes formas de confrontar los eventos difíciles. Su etapa de desarrollo y la capacidad de su sistema de apoyo de satisfacer sus necesidades específicas relacionadas con el estrés, son factores que pueden contribuir a las reacciones que tengan ante una situación estresante determinada. Los factores que causan estrés pueden también variar en su duración, intensidad y efectos. No hay evidencia de que un determinado factor biológico cause los trastornos de la adaptación.

Estos son bastante frecuentes en los niños y adolescentes. Afectan por igual tanto a los varones como a las hembras. Si bien hay trastornos de la adaptación en todas las culturas, los factores que provocan estrés y las señales que se manifiestan, varían según cada una. Los trastornos de la adaptación pueden producirse en cualquier edad; sin embargo, se cree que sus características difieren en los niños y adolescentes respecto de los adultos. Las diferencias se manifiestan en la naturaleza de los síntomas, en su gravedad y duración y en los resultados. Los síntomas de los adolescentes se manifiestan más en el comportamiento, como expresar impulsos reprimidos, mientras que los adultos tienen más síntomas depresivos.

En todos los trastornos de la adaptación, la reacción ante el factor que provoca estrés parece ser una intensificación de la reacción normal o una reacción que interfiere significativamente en el transcurso normal de las actividades sociales o las ocupaciones (educativas). Los trastornos de la

adaptación se dividen en seis tipos según los síntomas más importantes que se experimentan:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trastorno de la adaptación con estado de ánimo deprimido</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un estado de ánimo deprimido.</li> <li>○ Tendencia al llanto.</li> <li>○ Sentimientos de desesperanza.</li> </ul> </li> <li>• <b>Trastorno de la adaptación con ansiedad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nerviosismo.</li> <li>○ Preocupación.</li> <li>○ Inquietud.</li> <li>○ Temor a la separación de personas importantes en su vida.</li> </ul> </li> <li>• <b>Trastorno de la adaptación con ansiedad y estado depresivo</b> Es una combinación de los síntomas anteriores (estado depresivo y ansiedad).</li> <li>• <b>Trastorno de la adaptación con perturbaciones del comportamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Violación de los derechos de los demás.</li> <li>○ Violación de las normas y reglas sociales (faltar a la escuela, destrucción de la propiedad, peleas).</li> </ul> </li> <li>• <b>Trastorno de la adaptación con perturbación de las emociones y del comportamiento</b> Es una combinación de los síntomas de todos los tipos anteriores (estado depresivo, ansiedad y comportamiento).</li> <li>• <b>Trastorno de la adaptación no específico</b> Reacciones ante sucesos que provocan estrés que no pueden clasificarse en ninguno de los tipos descritos anteriormente. Puede tratarse de comportamientos tales como aislamiento social o inhibiciones ante actividades normales (por ejemplo, la escuela o el trabajo).</li> </ul>
--

**Tabla 1.4**

#### **a) El Trastorno de Conducta**

El trastorno de conducta es una alteración del comportamiento, que a veces es diagnosticada en la infancia, caracterizada por un comportamiento

antisocial que viola los derechos de otras personas y las normas y reglas adecuadas para la edad. Entre los comportamientos antisociales podemos citar la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (como las ausencias escolares o el escaparse), la violación de los derechos ajenos (robo, por ejemplo) y/o la agresión física hacia otros (asalto o violación). Estos comportamientos a veces se presentan juntos, pero puede suceder que aparezca uno o varios de ellos sin estar acompañados por ninguno de los demás.

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo del trastorno de conducta. Los exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere en su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas. Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.

Los que provienen de hogares disfuncionales o desorganizados pueden desarrollar más fácilmente este tipo de trastornos. Se sabe que los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia. Existe también una relación entre el bajo nivel socioeconómico y los trastornos de conducta. Los niños y adolescentes que manifiestan un comportamiento delictivo y agresivo tienen un perfil cognitivo y psicológico que los caracteriza cuando se los compara con niños que tienen otros problemas mentales y con los pertenecientes a grupos de control. Todos los factores posibles influyen en la interacción de los niños y adolescentes con los demás.

Los porcentajes de trastornos de la conducta en los niños varían considerablemente, con oscilaciones comprobadas de un 6 a un 16 por ciento para los varones y de un 2 a un 9 por ciento para las niñas. Los niños y los adolescentes que padecen trastornos de la conducta, con frecuencia tienen también otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. En las últimas décadas, los trastornos de la conducta han aumentado considerablemente. La conducta agresiva es la causa de entre un tercio y la mitad de las derivaciones a los servicios de salud mental para niños y adolescentes.

La mayor parte de los síntomas que se observan en niños que tienen un trastorno de conducta, algunas veces se presenta también en niños que no

padecen este trastorno. Sin embargo, en los niños que tienen THDA, estos síntomas ocurren de forma más frecuente e interfieren en el aprendizaje, el ajuste a la escuela y, algunas veces, en las relaciones del niño con los demás.

Los síntomas más comunes de los trastornos de conducta, son:

- **Conducta agresiva**
  - Conducta intimidante.
  - Amedrentar.
  - Peleas físicas.
  - Crueldad con otras personas o animales.
  - Uso de armas.
  - Violación o acoso sexual.
- **Conducta destructora**
  - Vandalismo; destrucción intencional de la propiedad.
  - Incendios intencionados.
- **Falsedad, engaño**
  - Mentira.
  - Robo.
  - Hurto en tiendas.
  - Delincuencia.
- **Violación de reglas**
  - No asistir a la escuela.
  - Escaparse.
  - Bromas pesadas.
  - Travesuras.
  - Actividad sexual a muy corta edad.

Tabla 1.5

**b) El Trastorno Negativista Desafiante**

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) es un trastorno del comportamiento, normalmente diagnosticado en la niñez, que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y enojados hacia los padres, compañeros, maestros y otras personas en posición de autoridad. La angustia y la preocupación que los niños y adolescentes que tienen TND provocan en los demás, son mayores que las que ellos mismos experimentan.

La causa precisa del TND no se conoce por el momento, pero se aventuran dos teorías primarias para explicar su desarrollo. Una teoría del desarrollo sugiere que los problemas comienzan cuando los niños tienen entre uno y dos años y medio de edad. Los niños y adolescentes que desarrollan el TND pueden haber tenido dificultades para aprender a separarse de su figura de apego primaria y desarrollar habilidades autónomas. Las malas actitudes características del TND se consideran una continuación de las cuestiones normales durante el desarrollo que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida.

La teoría del aprendizaje sugiere, sin embargo, que las características negativas del TND son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y personas en posición de autoridad. Se considera que el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opositores en el niño, que de este modo logra la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción deseados con los padres o personas en posición de autoridad.

El trastorno negativista desafiante afecta a entre un 2 y un 16 por ciento de los niños y adolescentes de la población general.

La mayoría de los síntomas observados en niños y adolescentes que tienen el trastorno negativista desafiante también se observa a veces en niños que no lo padecen, especialmente alrededor de los 2 ó 3 años de edad o durante la adolescencia. Muchos niños, especialmente cuando están cansados, con hambre o disgustados, tienden a desobedecer, discutir con sus padres y desafiar la autoridad. Sin embargo, en los niños y adolescentes que tienen el TND, estos síntomas ocurren de forma más frecuente e interfieren en el aprendizaje, la

adaptación a la escuela y, algunas veces, en las relaciones del niño (o adolescente) con los demás.

Entre los síntomas más frecuentes del TND se pueden incluir los siguientes:

- Tiene rabietas frecuentes.
- Tiene excesivas discusiones con los adultos.
- Se niega a acceder a las solicitudes de los adultos.
- Cuestiona constantemente las normas; se niega a obedecer las reglas.
- Su comportamiento está dirigido a molestar o enfadar a los demás, incluyendo a los adultos.
- Culpa a otras personas por su mal comportamiento o errores.
- Los demás le causan fastidio con facilidad.
- Tiene frecuentemente una actitud de enojo.
- Habla con severidad o poca amabilidad.
- Se comporta deliberadamente con formas que suscitan venganza.

Tabla 1.6

### 1.4.3. El Suicidio Adolescente

El comportamiento suicida se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria. El pensamiento suicida hace referencia a ideas de cometer suicidio o al deseo de quitarse la propia vida, o a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparándose para provocar su propia muerte.

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés lleno de cambios muy importantes: en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos. El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia, como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar

abrumadoras. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. Del 12 al 25 por ciento de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa.

En las últimas décadas, la tasa de suicidio en los jóvenes se ha incrementado de manera significativa. En 1997, en EE.UU., el suicidio fue la tercera causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad, y la tercera causa principal de muerte en niños de 10 a 14 años de edad. El Instituto Nacional de la Salud Mental de EE.UU. (National Institute of Mental Health, NIMH), afirma lo siguiente:

- Se estima que hay unos ocho intentos de suicidio por cada suicidio realizado, y la proporción es aún mayor entre los jóvenes.
- Los principales factores de riesgo para el intento de suicidio en los jóvenes son la depresión, el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos o perturbadores.

Tabla 1.7

En un llamamiento a tomar medidas para la prevención del suicidio, hecho por el Jefe del Servicio de Sanidad de Estados Unidos (U.S. Surgeon General) en 1999, se informó de lo siguiente:

- Los suicidios con armas de fuego representaron el 63 por ciento del incremento de la tasa global de suicidios desde 1980 hasta 1996, en el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años.
- Los jóvenes menores de 25 años tienen mayor probabilidad de suicidarse que las jóvenes de su misma edad. En 1996, la proporción entre ambos sexos para el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años fue de 5 a 1 (hombres respecto de mujeres).

Tabla 1.8

Los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) comunicaron que:

- Los hombres tienen una probabilidad cuatro veces mayor de morir a causa del suicidio que las mujeres.
- Sin embargo, las mujeres tienen mayor probabilidad de intentar el suicidio que los hombres.

Tabla 1.9

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados. A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden estar presentes:

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres).
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional.
- Intento de suicidio previo.
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluida la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Tabla 1.10

La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Deseos de morir.
- Falta de respuesta a los elogios.
- Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluidos los siguientes comportamientos:
  - Verbaliza: “Quiero matarme” o “Voy a suicidarme”.
  - Da señales verbales como “No seré un problema por mucho tiempo más” o “Si me pasa algo, quiero que sepan que ...”.
  - Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes.
  - Se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión.
  - Puede expresar pensamientos extraños.
  - Escribe una o varias notas de suicidio.

Tabla 1.11

#### 1.4.4. El Trastorno de Tourette

El trastorno de Tourette (TT), a veces llamado síndrome de la Tourette, es un trastorno neurológico caracterizado por múltiples tics repetidos. Los síntomas del TT normalmente comienzan entre los 5 y los 10 años de edad y suelen iniciarse con tics leves y simples que afectan a la cara, la cabeza o los brazos. Con el tiempo, los tics se vuelven más frecuentes y aumenta su variedad, llegando a más partes del cuerpo como el tronco o las piernas, y suelen volverse más problemáticos para las actividades de la vida.

En general el TT se diagnostica en el niño alrededor de los 7 años de edad, y afecta más a los hombres que a las mujeres.

Los comportamientos de tic observados en el TT se modifican a lo largo del tiempo y varían en frecuencia y complejidad. Los síntomas más frecuentes suelen ser los siguientes:

- Movimientos motores involuntarios, sin sentido (pueden afectar distintas partes del cuerpo, como la cara, el cuello, los hombros, el tronco o las manos).
  - Sacudidas de la cabeza.
  - Estrabismo.
  - Parpadeo.
  - Encogimiento de los hombros.
  - Muecas.
  - Movimientos de la nariz.
  - Cualquier movimiento repetido excesivamente (por ejemplo, golpecitos con el pie, sacudidas de la pierna, rascarse).

Tabla 1.12

Algunos de los comportamientos de tic más complejos asociados con el TT pueden parecer intencionados y, entre otros, se incluyen los siguientes:

- Besar.
- Pellizcar.
- Sacar la lengua o relamerse los labios.
- Tocarse o tocar a los demás excesivamente.
- Realizar gestos obscenos.

Tabla 1.13

Además de alguno o todos los síntomas arriba mencionados, el TT también se caracteriza por uno o más tics vocálicos que completan el diagnóstico, incluidos los siguientes:

- Gruñidos o gemidos.
- Ladridos.
- Chasquido de la lengua.
- Ruidos con la nariz.
- Silbidos.
- Ruidos obscenos.
- Carraspeo, resoplidos o tos.
- Chillidos.
- Silbidos.
- Escupir.
- Chiflidos.
- Gorgoteos.
- Hacer eco de sonidos o frases repetidamente.

Tabla 1.14

El cuarenta por ciento de los niños y adolescentes que tienen TT también sufren problemas de atención y el 30 por ciento presentan dificultades en los estudios. Sin embargo, la mayoría tiene una inteligencia normal y no suele padecer discapacidades graves de aprendizaje. Del 25 al 30 por ciento también experimenta síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

Este apartado está realizado con material de la siguiente dirección de la página web, junio, 2005.

MCG, Health System. <http://www.mcghealth.org/Greystone/speds/mentalhealth/>

## 1.5. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO UNO

La salud mental es hoy día un concepto muy difícil de aclarar. Hay distintas interpretaciones y al mismo tiempo es de carácter multidisciplinar, por lo que hay que abordarla desde muchos campos y por tanto aportamos visiones distintas.

Hablamos también en este capítulo de la comprensión de la salud mental desde la concepción demonológica a la naturalista, la evolución que ha tenido a lo largo de los siglos hasta nuestros días, para tratar a continuación de los factores psicológicos en el trastorno mental con el planteamiento comunitario a través del Movimiento de Salud Mental Comunitario (MSMC), por la profunda insatisfacción que hay en los hospitales psiquiátricos y las limitaciones del modelo médico, que también tuvo algunos errores.

A continuación hacemos una aproximación al concepto de salud mental positiva con la dicotomía de salud física-salud mental, para adentrarnos en el concepto y formulaciones de comunidad y salud con la visión de distintos autores.

Posteriormente, tratamos los trastornos más corrientes de Salud Mental en los niños y adolescentes, ya que según el Instituto Nacional de la Salud Mental de EE.UU. (National Institute of Mental Health, NIMH), dice que hasta el 3% de los niños y el 8% de los adolescentes sufren depresión. Los trastornos de ansiedad son los más comunes en estas edades así como el trastorno hiperactivo y los alimentarios anorexia y bulimia nerviosa abundan en las adolescentes y jóvenes.

Nos detenemos en los trastornos del comportamiento, de los cuales el más frecuente el Hiperactivo de Déficit de Atención (THDA), que lo hay de tipo combinado, impulsivo/hiperactivo y de falta de atención y distracción.

Hacemos referencia a los trastornos de atención, que es una reacción emocional ante una situación identificable que provoca estrés, y los síntomas más importantes que se experimentan son trastornos con:

- estado de ánimo deprimido
- ansiedad
- ansiedad y estado depresivo
- perturbaciones del comportamiento
- perturbaciones de las emociones y del comportamiento
- no específico.

Los trastornos de conducta que puede ser: agresiva, destructora, falsedad, engaño y violación de reglas; Trastorno Negativista Desafiante (TND), que suele darse entre los 2 y 3 años de edad y en la adolescencia.

Hablamos también del suicidio del adolescente, incidencia, probabilidades, factores de riesgo y los tipos de comportamiento que pueden llevar a él.

Por últimos desarrollamos el Trastorno de Tourette (TT) o Síndrome de la Tourette, que es de tipo neurológico caracterizado por múltiples tics repetidos, exponiendo los síntomas más frecuentes y comportamientos.

---

**CAPÍTULO II. TRASTORNOS DE  
CONDUCTA ALIMENTARIA  
EN LOS JÓVENES**

---

## 2.1.- TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En la sociedad en la que vivimos, cada día crecen más los trastornos alimentarios, sobre todo en la población más joven, debido a las modas que surgen en la sociedad occidental, por tener un cuerpo más delgado y que vaya al ritmo de los tiempos. Normalmente los trastornos que más abundan son la Anorexia y la Bulimia, aunque van apareciendo otros que también trataremos en un apartado de este capítulo.

Para una primera definición de Anorexia, nos remitimos al Diccionario de la Real Academia Española, vigésima segunda edición, 2001: “Falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave”, (del griego “anorexia”). Algo que deriva en un trastorno de la conducta con desviaciones en los hábitos alimentarios, con un enorme rechazo a la imagen y peso corporal, desembocando en una enfermedad psicológica que acarrea consecuencias físicas tan graves que pueden llevar a la muerte. La Anorexia desencadena tales desórdenes en el comportamiento alimenticio que alteran de forma total la vida de la propia persona, de la familia y su entorno social.

Ahora bien, la enfermedad no es actual, sino que ya en la Edad Media se describen monjas seguidoras de San Jerónimo que se imponían ayunos voluntarios hasta estar tan delgadas que perdían la menstruación, como la Princesa Margarita de Hungría que murió de inanición intencionada, así como el ejemplo histórico de la monja carmelita que comiendo sólo la hostia de la Eucaristía “vivió siete años”. Estos y otros casos de ayunos prolongados, con “disculpas religiosas”, ocultaban una enfermedad que existía ya en aquellos tiempos y llevaba a complicaciones graves de salud.

Según Chinchilla (2003), el concepto de AN se va perfilando en la segunda mitad del siglo XIX, muy diferenciado de las anorexias de causa orgánica, y se intenta explicar desde una etiología psicológica. Al inicio del siglo XX, a partir de Simmonds, se da más importancia a la etiología endocrinológica, y luego se pasa a las ya clásicas etapas.

Los criterios del DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A., Barcelona, 1995, para el diagnóstico de anorexia nerviosa, nos los describen muy claramente en los siguientes puntos:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; p. ej., con la administración de estrógenos.)

Lo hay de **tipo restrictivo**: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej., provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas), y de **tipo compulsivo/purgativo**: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Junto a la Anorexia nerviosa tenemos que hablar también de la Bulimia nerviosa, ya que aunque ésta se presenta algo más tardía y en menor proporción, sin embargo, está aumentando con el paso de los días y sobre todo a partir de la década de los ochenta ha empezado a dispararse el número de publicaciones y el interés médico y social por el tema, dado que un altísimo

porcentaje, del 70-80% de enfermas con AN, padecían conductas bulímicas en el curso evolutivo.

### a) Complicaciones de los TCA

#### Pérdidas de peso

- > 25-30 % del previo.
- Pérdidas menores y de menor evolución, un ingreso corto las recupera antes si se dan:
- Edad temprana.
- Evolución menor de 6 meses.
- Pérdida de peso rápida.
- Evolución dismórfica.
- No psicopatología asociada.
- Buena transferencia.
- Moderada alteración cognitivo-perceptiva.
- Personalidad previa no muy alterada.
- Complicaciones-comorbilidad psicopatológica.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Obsesividad.
- Riesgos suicidas.
- Desarraigo-desadaptación.
- Conflictividad y patología familiar:
- Patologías parenterales.
- Ambivalencias.
- Merms cognitivas (Chinchilla, 2003)

Tabla 2.1

**Fallos de tratamientos ambulatorios por**

- Polarización dogmático-doctrinal o conceptual de la AN.
- Tratamientos insuficientes o parciales:
  - Sólo nutricionales.
  - Sólo psicofarmacológicos.
  - Sólo psicoterapéuticos.
  - Tiempo insuficiente.
  - Dosis insuficiente.
  - Sesiones insuficientes.
  - Dietas inadecuadas, etc.
- Terapias individuales y no familiares, etc. (Chinchilla, 2003)

Tabla 2.2

El permanente miedo a la obesidad, la búsqueda de la delgadez por diferentes medios y las alteraciones de la desnutrición serían la patología básica. Habría previamente un ánimo depresivo, vivido en pacientes con dificultades cognitivas, y obsesividad por estar delgadas por lo que esto significa para una mejor integración y competencia social...

Si en un principio les importaba la apariencia física para sí y para los demás, cuando el cuadro está bien establecido ya es sólo el peso lo que les importa, buscando para ello su medición casi a diario o ante la mínima sospecha de aumento.

En el infierno de fobias, obsesiones, temores, rituales de defensa, merma de intereses, aislamiento, ambivalencias, desesperación, incomprensión de los demás, compulsiones, pérdida de libertad, autodomínio-autocontrol absurdo y confuso, etc., viven las anoréxicas.

Tienen conciencia de que para unos temas son listas, coherentes, hábiles, verbalizan y expresan o discurren mejor, y para otros es como si fueran autómatas, confusas, torpes, extrañas en las vivencias y en su comprensión de dichos fenómenos. Es una especie de ceremonia de la confusión, fundamentalmente impuesta (no psicóticamente) o ajena a la voluntad de la paciente y probablemente debida a efectos no conocidos de la desnutrición (Chinchilla, 2003).

## 2.2. ANOREXIA Y BULIMIA

### A. ANOREXIA

#### 2.2.1. Etiología y Patogenia de la Anorexia Nerviosa

Según la “PSA-R”, actualmente la etiología y patogenia específica es desconocida en el desarrollo de la anorexia nerviosa. Este trastorno se inicia después de un período de intensa privación alimentaria, que se puede deber a uno de los siguientes factores:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta voluntaria para resultar más atractivo.</li> <li>- Dieta voluntaria con la intención de conseguir mayor competencia profesional (p. ej., gimnastas, bailarinas de ballet, etc).</li> <li>- Restricciones alimentarias secundarias a un estrés intenso.</li> <li>- Restricciones alimentarias secundarias a una enfermedad grave y/o una intervención quirúrgica.</li> <li>- Ayuno involuntario.</li> </ul> |
|---|

Tabla 2.3

Crisp (1976) postuló que la anorexia nerviosa constituye una respuesta de evitación fóbica a la comida, resultado de la tensión sexual y social generadas por los cambios físicos asociados con la pubertad.

Bruch (1962) defendía que la causa de la anorexia nerviosa era una deficiencia del desarrollo cognitivo y perceptual. Esta autora describió las alteraciones en la imagen corporal (negación de la delgadez extrema), los trastornos de la percepción (falta de reconocimiento o negación de la fatiga, la debilidad y el hambre) y un sentido de ineficacia como resultado de experiencias de aprendizajes desfavorables.

Russell (1969) sugirió que la amenorrea puede ser causada por una alteración primaria de la función hipotalámica, y que la expresión completa de esta alteración está inducida por estrés psicológico. Pensaba que la malnutrición en la anorexia nerviosa perpetuaba la amenorrea, pero sin ser causante directa del trastorno endocrino. Esta hipótesis está apoyada por el hecho de que el restablecimiento del ciclo menstrual normal es posterior a la recuperación del peso corporal normal de la paciente; la reanudación de la menstruación en la

anorexia nerviosa se asocia con una clara mejoría psicológica (Falk y Halmi, 1982).

- **Otros criterios de diagnóstico de la Anorexia Nerviosa (CIE-10)**

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

Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet (\*) de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: a) evitación de consumo de «alimentos que engordan» y por uno o más de uno de los síntomas siguientes; b) vómitos autoprovocados; c) purgas intestinales autoprovocadas; d) ejercicio excesivo, y e) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, por el pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los

varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía

**(\*)Índice de masa corporal de Quetelet = peso (Kg.)/altura<sup>2</sup> (m).**

### **b) Otras pistas para el diagnóstico precoz de la AN**

- Evitar comer en familia, tendencia a comer sola/o y a ser posible a deshoras (suele excusarse diciendo que ya comió, que le duele algo, etc.).
- Inicio suave de restricción y selección de alimentos.
- Tendencia al troceo y desmenuce de alimentos.
- Tardanza en el tiempo de la ingesta.
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente y creciente.
- Tendencia a desaparecer inmediatamente después de las comidas e irse al baño donde se pueden eternizar...
- Deseos de preocuparse porque los demás coman y mucho más...
- Inicio de trastornos perceptivos de la imagen corporal: no se ven delgados o que van perdiendo peso.
- Tendencia a ocultación de partes libres del cuerpo para que no se les vea «la delgadez».
- No conciencia de enfermedad ni de tener «problemas» con la comida, ni con el peso, ni con el cuerpo.
- Tendencia al aislamiento y retraimiento de amistades y compañeros.
- Agriamiento progresivo del carácter, con tendencia a la intolerancia ante la mínima crítica.
- Tendencia a la disforia irritable o a la distimia depresiva.
- Empobrecimiento cognitivo que no concuerda con el estado previo.
- Dificultades con el sueño.
- Por lo general, que algunas de las anteriores pistas se den en chicas/os de 14-18 años, como edad de inicio más frecuente.
- Que posiblemente, un gran número de estas chicas (o chicos) hayan hecho previamente dietas, bien de forma individual, bien por mimetismo con otras compañeras o familiares, y en alguna ocasión por inducción de algún familiar, sobre todo la madre.

Tabla 2.4

### 2.2.2. Pronóstico

Según Chinchilla (2003), la evolución y el pronóstico dependerán del momento evolutivo en que se encuentren las pacientes (¿cuándo van a curarse!), de la gravedad y de los riesgos biológicos y de muerte, de las actividades de la paciente, de la familia y del éxito del primer abordaje terapéutico. Lógicamente, estos factores hay que tenerlos muy en cuenta, ya que el ciclo suele durar entre 3-4 años antes de poder obtener soluciones satisfactorias en los casos en que mejoran o remiten. Del 50 al 75% de los pacientes evolucionan hacia la remisión o mejoría, no siempre duradera, pero sí de buen pronóstico a largo plazo, aceptándose que hay remisión total en el 50% de los casos, que el 20% tiene una pobre evolución y que el riesgo de muerte supera el 10% cuando se hacen seguimientos de más de 15 años.

Estudios longitudinales de Hsu y colaboradores (1979), demuestran que muchos pacientes anoréxicos pueden presentar una considerable mejoría en su estado médico, aunque la mayoría seguirá con el conjunto de características psicológicas de la enfermedad. Menos de una cuarta parte de estos pacientes presentaban una buena adaptación psicológica cuando se les siguió desde la edad de 20 años hasta los 50. En sus estudios de seguimiento de 30 años, Theander (1985) encontró que el 75% de sus pacientes podían considerarse estables psicológicamente, pero no en las primeras evaluaciones de seguimiento. Hablando en líneas generales, los malos resultados obtenidos en los estudios mencionados se asocian con la larga duración de la enfermedad, una edad de inicio más avanzada, ingresos previos en hospitales psiquiátricos, mala adaptación social en la niñez, problemas de personalidad premórbidos y dificultades de relación de los pacientes con otros miembros de la familia (PSA-R,2000).

Así mismo, según Chinchilla (2003), en el caso de enfermas anoréxicas que se quedan embarazadas, el 70% mejoran de su anorexia, de la bulimia y de los vómitos, y muestran una mejoría mantenida en la lactancia; las pacientes con BN, sin embargo, tienen mejorías parciales, pero luego una mayor tendencia a la bulimia.

### Variables pronósticas según diversos caracteres

- El 40 % de las AN se curan.
- El 30 % mejoran significativamente pero con vida algo deteriorada.
- Del 15-20 pueden o están estables, pero con anorexia crónica.
- El 10 % mueren por causas variadas.
- En seguimiento a 5 años:
  - La mayoría (el 70 %) de las AN están en el 15-20 % del peso normal en el seguimiento.
  - El 40-60 % tienen luego menstruación regular.
- A pesar del aumento de peso puede persistir la amenorrea; la bulimia sigue en el 10 % de las AN en el seguimiento. El uso de laxantes y vómitos sigue en el 10-25 %.
- Las mejorías o recuperaciones, según Theander (1970):
  - El 47 % se recuperan antes de los 3 años.
  - El 31 % se recuperan a los 3-5 años.
  - El 22 % se recuperan después de 5 años.
  - Pocas recaen.
- La mortalidad es del 5-10 % por causas directamente relacionadas con el desorden.
- El porcentaje de suicidios es relativamente bajo (1 %).
- Ajuste psicosocial, más en las que mantienen su peso, pero a veces persiste. La ansiedad general y la hostilidad hacia la familia. Algunas se casan.
- Del 60-65 % trabajan bien; 20 % a tiempo parcial, otras estudian.
- En las AN recuperadas pueden aparecer posteriormente:
  - Ansiedad, fobias.
  - Depresiones (10-25 %).
  - Obsesividad.
- A pesar de todo, en las AN la preocupación sobre limitación de ingesta y control de peso está presente, aunque con menos obsesividad.

Tabla 2.5

**a) Factores pronóstico a largo plazo en la AN**

**Buen pronóstico**

- Alto logro educacional.
- Temprana edad de comienzo.
- Buen ajuste educacional.
- Mejoría de la imagen corporal después de ganar peso.
- AN restrictivas.
- Menor rechazo de la enfermedad.
- Menor inmadurez psicosocial.
- Mayor hiperactividad previa.
- Menor alexitimia.
- Dinámica familiar menos alterada antes y durante la AN.
- Otros.

Tabla 2.6

**Peor pronóstico**

- Diagnóstico «tardío».
- Mayor edad de comienzo.
- Mayor distorsión de la imagen corporal.
- AN vomitadoras y bulímicas.
- Biotipo previo obeso.
- Déficits neurológicos.
- Disturbios familiares.
- Uso/abuso de laxantes o diuréticos.
- Automutilaciones frecuentes.
- Larga duración de la enfermedad.
- Ingresos frecuentes.
- Sexo masculino.
- Patología psiquiátrica «concomitante o secundaria», tal como depresión, obsesividad, adicciones, etc.

Tabla 2.7

Parece, o al menos es lo más aceptado en la bibliografía, que dos terceras partes mejoran o curan; una cuarta parte recae, y el 5-9% mueren. En lo que sí están todos de acuerdo es en la larga duración de la enfermedad, no menos de 2 años.

El tratamiento de las pacientes depende del cuadro que presenten, y aunque sería deseable en ambulatorio u Hospital de día, muchas veces hay que recurrir al ingreso.

### **b) Factores predisponentes**

El modelo biopsicosocial de Lucas, nos expone cómo la Pubertad es un momento de cambio, de inestabilidad, de vulnerabilidad biológica, condicionada por el entorno social en el que se mueve, donde tienen gran influencia los medios de comunicación que van creando unos estilos de vida, de personalidad y de imagen social, sobre todo en la mujer, que al trabajar debe cuidar su imagen, ya que en un mundo machista se le pide un canon de belleza que de alguna manera le asegure el trabajo y le dé estabilidad en una sociedad donde vive liberada del papel de “ama de casa” y de estar “al cuidado de los hijos”. De esta manera, durante la adolescencia, se ve sometida a cambios constantes de personalidad que le llevan en algunas ocasiones a trastornos psicológicos y alteraciones mentales, donde tratando de imitar los “modelos de belleza” actuales, por una falta de valoración de sí misma y autoestima, inicia unas dietas y sufre malnutrición que está influyendo al mismo tiempo como círculo vicioso en las alteraciones mentales y los trastornos psicológicos.

Se defiende dentro de los factores individuales, según Chinchilla (2003), la posibilidad de que exista una vulnerabilidad biológica, que se traduciría en una dismaduración hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal, así como en alteraciones en la actividad cerebral de algunos neurotransmisores. Estudios genéticos llevados a cabo sobre gemelos han demostrado la presencia de una concordancia entre monocigóticos del 55%, frente al 10% objetivada en gemelos dicigotos con respecto a la transmisión de la enfermedad. También se ha demostrado un aumento significativo de trastornos de la esfera afectiva en los familiares de pacientes afectados de anorexia nerviosa.

En un estudio con 30 pares de gemelas realizado en Londres, 9 de los 16 pares de gemelas monocigóticas y 1 de los 14 pares de gemelas dicigóticas eran concordantes para la anorexia nerviosa (Holland y cols., 1984). En una ampliación posterior de ese mismo estudio, Holland y colaboradores (1988) concluyeron que los datos obtenidos indicaban una predisposición genética que podía manifestarse bajo condiciones adversas, como una dieta inapropiada o estrés emocional.

Los estudios con familias en la anorexia nerviosa han mostrado un incremento de la frecuencia de trastornos afectivos en parientes de primer grado de pacientes anoréxicos en comparación con parientes de primer grado de sujetos-control normales.

Strober (1985) encontró una mayor proporción de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa subclínica en parientes de primer y segundo grado de pacientes anoréxicos, en comparación con un grupo de control de familiares de pacientes no anoréxicos con otras enfermedades psiquiátricas.

### **c) Factores familiares**

Están siendo muy frecuente en las familias los problemas conyugales, con frustraciones ante la imposibilidad de alcanzar metas muchas veces irreales, y de alguna manera involucran a los hijos, entre los que se encuentra el que tiene problemas de TCA y al mismo tiempo se les transmiten todas las frustraciones, desilusiones, con una carga excesiva de exigencias sociales basadas muchas veces en las apariencias. Hay familias que no toleran fácilmente estas frustraciones y no admiten que sus hijos/as no reúnan las cualidades que hoy les pide la sociedad o que no alcancen lo que ellas quisieron conseguir en la vida y desemboca al final todo en unas relaciones frías y meramente superficiales. Por desgracia, a veces se vive de la apariencia no importando lo demás nada.

Los padres suelen ser distímicos, autoritarios, rígidos, mimados por sus madres, que a su vez eran dominadas por sus maridos; madres educadas en la obediencia y en la escasa tolerancia, muy dedicadas a la familia. El padre suele: identificar a la paciente con su madre, y expresa hacia ella la hostilidad que

nunca le manifestó a ésta. Son poco tolerantes y coartan los intentos de iniciativa e independencia no dirigidos por ellos. La madre, en cierto modo, es cómplice y concentra la hostilidad del padre sobre la enferma en vez de en sí misma; le da cuentas al padre de cómo es la enferma cuando se muestran agresividad mutua. Suelen ser madres depresivas, frustradas.

Al igual que el padre, la madre es muy dependiente de su madre. Como la madre es la figura de identificación de la que disponía la enferma desde la infancia, esta madre se va preocupando de la enferma para, en el despertar de la adolescencia, ir introduciéndola socialmente sin tener en cuenta la iniciativa de ésta, pero dado que la madre quiere proyectar su futuro deseado en su hija, suele anular a ésta. La enferma achaca al padre su agresividad para con ella, su cobardía ante su madre (lo mismo) y además ve lo que le puede esperar a ella en un futuro, "ser como su madre". Las dependencias y ambivalencias son la norma (Chinchilla, 2003)

Hay también otros factores negativos en la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, que desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Se están dando cada día más casos de niñas entre 9 y 10 años que están tratando de perder peso por recomendación de las madres o de los padres y hermanos cuando son excesivamente críticos con ellas.

#### **d) Factores psicológicos**

Junto con los biológicos son los principales determinantes de predisposición a padecer un trastorno de la conducta alimentaria, como dice el Doctor Chinchilla.

Los pacientes suelen ser individuos con tendencia al perfeccionismo, a la obediencia y sumisión, pero con actitudes competitivas y una búsqueda de ideales elevados (Halmi et al., 1997). Asocian sentimientos de incapacidad para afrontar las exigencias de la vida, de sacrificio y una enorme laboriosidad, con tendencias al aislamiento, a la labilidad emocional e irritación (King, 1963).

Jonson y Connors, en 1987, comentaron como características más importantes en estos enfermos:

- la baja autoestima.
- las alteraciones de la imagen corporal.
- los temores de separación o individualización.
- el humor depresivo.
- las distorsiones cognitivas y.
- una clara tendencia al perfeccionismo, obediencia, sumisión y desconfianza.

Tabla 2.8

En líneas generales, los pacientes con AN de tipo restrictivo son reservados, inhibidos, retraídos, pensativos, serios y con tendencia a la obsesividad. A diferencia de éstos, los de tipo bulímico son más extrovertidos, simpáticos, emocionalmente hábiles e impulsivos y con conductas más desorganizadas.

#### **e) Factores socioculturales**

La anorexia nerviosa nos lleva a entenderla como una enfermedad occidental, relacionada de una manera más directa con los niveles socioeconómicos altos; pero que van desapareciendo estas diferencias a medida que pasan los años, equiparándose en esta sociedad a todos los niveles económicos. A nivel de sexos, el 90% de los pacientes anoréxicos son mujeres y en un intervalo de edad de 12-25 años.

Hoy día se ha creado un ambiente social en el que de forma constante somos evaluados por nuestro aspecto físico. La TV, el cine o la prensa se erigen en portadores y creadores de los estereotipos corporales, y son vehículos de transmisión del mensaje de la delgadez. Se nos invita a conseguir un cuerpo delgado si queremos tener éxito en la vida y sentirnos bien, sobre todo a los estudiantes de danza, modelos, gimnastas, etc., y de una manera más generalizada, a mujeres adolescentes y jóvenes. Ser delgada, es ser una mujer moderna, actual y de primera línea. Muchas jóvenes quieren ser o haber sido anoréxicas, llegando al síndrome de “yo también”.

No obstante, no hay que olvidar que sólo el 1 ó el 2% de jóvenes “supuestamente presionados por factores socioculturales” desarrollan y sufren la enfermedad; luego parece evidente que se necesita una predisposición personal y otros factores desencadenantes o patógenos para que se manifieste este trastorno.

### **Factores precipitantes**

Comentarios peyorativos, mofas o burlas sobre el cuerpo.  
 Conflictos-competitividad entre amigos/compañeros.  
 Desacreditación, marginación.  
 Exigencias escolares, profesionales o físico-deportivas.  
 Conflictos sentimentales.  
 Reposo por enfermedades o tratamientos, como tuberculosis que conllevan ganancia de peso.  
 Otros.

Tabla 2.9

### **Factores de mantenimiento y/o agravación**

Depresión y síntomas ansioso obsesivos en el curso del cuadro.  
 Si se dan antes serían factores predisponentes o precipitantes.  
 Factores socioculturales.  
 Valor estético del cuerpo, preocupación parental por la figura.  
 Sobreprotección, rigidez o poca comunicación.  
 Inadecuadas costumbres-hábitos alimentarios.  
 Modas de vestir y modelos.  
 Publicidad de productos y servicios adelgazantes.  
 Los medios de difusión como moduladores de gustos y opinión sobre imágenes corporales.  
 El destape o exhibición del cuerpo.  
 Rechazo social de la obesidad o sobrepeso, culto a la delgadez.  
 Modificación de los roles femeninos en la sociedad.  
 Generalización social de dietas restrictivas o milagrosas, así como del ejercicio físico como salud, moralidad o competencia.  
 Otras.

Tabla 2.10

**f) Otros Factores****Predisponentes**

Mayor riesgo entre hermanas.  
 Mayor frecuencia entre monocigotos.  
 Antecedentes de complicaciones perinatales.  
 Mayor numero de acontecimientos estresantes tempranos.  
 Mayor peso al nacer.  
 Obesidad previa.  
 Raza caucásica.  
 Clase media alta.  
 Sexo femenino (10 a 1 frente a varones).  
 Preocupación familiar por la apariencia.  
 Dependencia parental.  
 Disminución de la actividad sexual.  
 Identidad personal incompleta.  
 Dificultad para ser independientes.  
 Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto.  
 Impotencia y engaños sobre el ambiente.  
 Ciertas profesiones (bailarines, modelos, etc.).  
 Periodos de negativismo, subordinación.

Tabla 2.11

**Desencadenantes**

Las familias tienen necesidades neuróticas de prohibir la maduración de las anoréxicas.  
 El colegio y el matrimonio precipitan la AN.  
 El 14 % son huérfanas de padre el año previo al comienzo de la AN.  
 Realización de dietas.  
 Conflictos familiares.  
 El estrés precede a las disfunciones endocrinas secundariamente y a la conducta anoréxica, y altera ciertos neurotransmisores que pueden influenciar la personalidad, humor y conducta.

Tabla 2.12

### Mantenimiento

<p>Alteraciones hipotalámicas por disminución de la regulación de temperatura, hormonas pituitarias y centros de hambre saciedad.</p> <p>Tendencia a ser trabajadores duros, ansiosos para el logro profesional.</p> <p>Responsables y vigilantes de las obligaciones.</p> <p>Alexitimia.</p> <p>Actitudes hacia la comida mediatizadas más por influencias externas que internas.</p> <p>Reducción de carbohidratos y grasas.</p> <p>Hiperactividad.</p> <p>Preocupación por pensamientos centrados en la comida.</p> <p>Cambios de humor muy llamativos.</p>
--

Tabla 2.13

Reproducido de: Chinchilla Moreno, A. 1995.

#### g) La anorexia nerviosa en el varón

Según Chinchilla, se ha estudiado mucho sobre lo somático de esta enfermedad y poco lo psicológico.

La AN en el varón es bastante similar a la de la mujer, y desde luego existe. Lo que ocurre es que tienden a ocultar más el trastorno del comer que las mujeres, ya que algunos pueden tener miedo a ser considerados homosexuales. Es cierto que la anorexia en la homosexualidad se da en un mayor porcentaje que en los heterosexuales, sobre todo por cuidar más la imagen y darle más importancia, pero eso no quiere decir que no se dé en los que no son de la comunidad gay.

En hombres que se dedican a ser jockies, atletas y corredores, pueden estar propensos a padecer más esta enfermedad por la presión del éxito y ser más competitivos y ganar, combinados con otras presiones no precisamente atléticas y predisposiciones personales hacia los trastornos alimenticios.

## **h) Cuadro psicopatológico**

Los enfermos de AN tienen alterado el ámbito de la convivencia y del apetito, pues no sienten el placer, la alegría de comer en torno a una mesa con gente, y cuando comen, lo hacen a escondidas, de ahí que el contacto se empobrece y es muy superficial. Por lo general las enfermas de AN son cumplidoras, responsables, muy activas. Las relaciones amorosas son escasas y, cuando existen, en general, son inadecuadas o deformadas.

Su afán de presunción y notoriedad, el ir con la moda, lo demuestran de forma extravagante y contradictoria con su tendencia al aislamiento.

La delgadez buscada o querida no es sinónimo de salud o rendimiento, sino expresión de su naturaleza personal o existencia, un modo de ser y estar en el mundo para ellas, siendo la plenitud de la vida algo negativo. Son flacas, áridas, secas, distintas de sus compañeras de edad en conducta, sociabilidad, aspecto; aunque sienten, pero de forma más reducida (Chinchilla, 2003).

El apetito y el ánimo tienen relación. La obesidad y la delgadez anoréxica asientan en una angustia vital descompensada. La bulimia es una expresión de ansiedad, como una forma de contacto con el mundo, como el hambre; los enfermos sacian su hambre para obtener seguridad vital, difuminándoles en ocasiones su "astenia o flojedad". Sin embargo, para el anoréxico, el alimento es algo tóxico, perjudicial, e ingerirlo sería como ingerir angustia, lo que le produciría náuseas y vómitos. El peligro de ingerir alimentos es similar en él, al miedo a la locura que dimana de las experiencias angustiosas. En el anoréxico, otras veces es el asco el equivalente a esa angustia de disolución. El alimento le da asco por lo que tiene de semejante a los procesos de desintegración, y son los alimentos gelatinosos los que más se lo provocan por su parecido con la descomposición.

**Verdadera Anorexia Nerviosa (según bruch, 1969)**

- Rechazo de la comida, búsqueda de la delgadez con el objetivo de alcanzar autonomía y eficacia, ejerciendo un extravagante control sobre el cuerpo y sus funciones.
- La psicopatología general puede ser de tipo neurótico o esquizofrénico fronterizo (trastornos principalmente cognitivos). Rasgos depresivos que en caso de estar presentes están relacionados con la desesperación esquizofrénica.
- Tríada de perturbaciones:
  - Perturbación de la imagen corporal y del concepto del cuerpo de proporciones delirantes, expresada sobre todo en la indiferencia ante la extenuación.
  - Perturbaciones en la percepción o la interpretación de los estímulos provenientes del propio cuerpo: hoy son interpretadas las señales internas que indican necesidad de alimento, no se tiene conciencia del hambre y del apetito, desorganización de la alimentación con preferencias y deseos extraños, frecuente alteración del rechazo de la comida y la bulimia, hiperactividad y negación de la fatiga, e incapacidad para reconocer las reacciones emotivas y los sentimientos internos, a menudo dentro de una subcultura étnico-religiosa que apoya las ideologías alimentarias.
  - Paralizante sensación de ineficacia: sólo se actúa en respuesta a exigencias de otras personas, y la docilidad se disimula tras el negativismo y la terca resistencia.

Tabla 2.14

**Seudoanorexia Nerviosa**  
**Rechazo histérico de la comida**

<p>Rechazo de la comida, que no está basado en el objetivo de alcanzar la autonomía y la eficacia.</p> <p>Quejas sobre la pérdida de peso y la delgadez.</p> <p>Conciencia del hambre y la debilidad.</p> <p>Uso simbólico de la función de la alimentación.</p> <p>Algunos accesos de bulimia.</p>
---

Tabla 2.15

**Rechazo esquizofrénico de la comida:**

<p>Rechazo de la comida que no está basada en el objetivo de alcanzar la autonomía y la eficacia.</p> <p>Reconocimiento del hambre y la debilidad, si no lo impide una indiferencia o un apartamiento excesivos.</p> <p>Perturbaciones de la imagen corporal que no se refieren al peso y la apariencia.</p> <p>Se atribuye a la comida y los alimentos un sentido ritualista y extrañamente simbólico.</p> <p>Algunos accesos de bulimia.</p>
--

Tabla 2.16

**Constelaciones Psicodinámicas en la AN (según Sours, 1969)**

- Sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en relación con el conflicto edípico.
- Apatía y depresión por la pérdida de objeto.
- Intento complaciente de acercarse a la madre a través de una identificación regresiva.
- Deseos de muerte contra la madre vía impulsos incorporativos destructivos.
- Relación hiperdependiente y seductora con el padre.
- Respuesta de evitación ante un intenso conflicto pospuberal.
- Intento de ganar autonomía e independencia en el comportamiento.
- Rechazo del deseo de estar embarazada, mediante la privación de alimentos.
- Tendencias sádico-orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos y destructivos.
- Control pasivo y hostil de la familia que ha investido a la alimentación de un símbolo cultural.
- Identificación femenina en los pacientes varones; deseo de eliminar la adiposidad asociada a la figura femenina.
- Intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento, que conduce a la interrupción del metabolismo sexual y, por lo tanto, de la excitación sexual.
- Incapacidad para diferenciar las sensaciones que indican necesidad de alimentación de otros estados físicos y afectivos debidos a influencias ajenas.
- Perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y reconocimiento de los estados físicos; omnipresente sensación de ineficacia.

Tabla 2.17

**B. BULIMIA**

**Bulimia** viene del griego “limos”: ‘hambre voraz’ y “bon”: ‘una gran cantidad de’. Los hay que la definen también como “hambre de buey”. Viene siendo la ingestión rápida de una gran cantidad de alimento para una sola persona en un período corto de tiempo, seguida a continuación de un malestar por haber comido y de la provocación del vómito o de un uso indiscriminado de diuréticos, laxantes o ejercicio excesivo para anular los efectos de la alimentación. Esto puede pasar varias veces a la semana o durante meses, al margen del peso de la persona que la padece.

Más que cantidad de atracón, lo importante en esta enfermedad es la pérdida de control sobre la ingesta de comida, si bien las cantidades, al menos

en los inicios, son superiores a lo que la gente normal come en un período de tiempo similar.

Ya Hipócrates reconoció *la boulimos* como un hambre enfermiza. Aristófanes y Jenofonte la definieron como un hambre voraz, con sentimientos de hambre, debilidad y desmayo, describiéndola en soldados que habían subsistido con cortas raciones de comida durante las marchas en la campaña contra Artajerjes (Chinchilla).

La palabra bulimia fue usada por primera vez en 1398 por Trevisa (citado en Giannini, 1993), refiriéndose a apetito inmoderado. En 1772, Cullen la definió como sentimiento de hambre superior a lo que puede ser digerido, diferenciando varios subtipos de bulimia. Es citado por Ziolkó y Schrader, (1985). Motherby (1785, citado en Giannini) divulgó esta definición e incluyó la bulimia asociada con hambre. Distinguió tres tipos de bulimia: pura hambre; bulimia asociada con desmayo, y la que terminaba en vómitos.

Hoy día no está claro si los trastornos de la personalidad pueden estar relacionados con la evolución de la AN y la BN. Se sabe que alrededor de un tercio o la mitad de las BN tienen depresión, pero esta depresión mayor puede preceder, ocurrir simultáneamente o seguir a la BN, por lo que no sería un fenómeno secundario a la BN. El 50-70% de las BN suelen tener trastornos de personalidad, un tercio de ellas son “borderline”.

El tema de la AN y BN, por la época en que vivimos, está siendo muy actual debido al culto al cuerpo que existe y la problemática que rodea a todas estas personas que las padecen. El periódico “La Voz de Galicia”, en su edición del miércoles, 9 de junio de 2004, en el tema de salud, titula “Menores con anorexia y bulimia crean comunidades en Internet”, y dentro de los subtítulos pone que “El Defensor del Menor denunció que el 70% de las usuarias tienen entre 14 y 17 años”; “Las enfermas se intercambian consejos y disponen de unas pulseras para reconocerse”, y al mismo tiempo “Una prestigiosa clínica de adelgazamiento se publica en la web”.

Los nombres “clave” que usan para distinguirse unas (AN) y otras (BN) son los de “Ana” y “Mía” respectivamente, estableciendo carreras de

adelgazamiento y trucos para engañar a sus padres y médicos y quitarse kilos en el mínimo tiempo posible. Estas webs son utilizadas por niñas (95%), menores de edad (80%) y en las fases iniciales del trastorno de la alimentación por un 70%, creando entre ellas “un estilo de vida” y asignando “una pulserita de cuentas rojas para las “Ana” y moradas para las “Mía”, para que así se puedan reconocer entre ellas.

Al mismo tiempo establecen competiciones de bajadas de peso y miran a ver quién es la líder y el ejemplo a seguir. El problema ha sido detectado en los centros médicos por los especialistas, debido a que niñas en las fases iniciales de la enfermedad manejaban trucos propios de expertas, y aunque han sido cerradas más de treinta páginas web, otras siguen apareciendo día a día.

Ahora bien, esto que aparece como noticia el citado día en “La Voz de Galicia”, ya fue denunciado por el periódico “El Mundo” el jueves, 28 de agosto de 2003, cuando sacaba en su titular: “Alerta sobre las webs que promueven la anorexia” y subtitulaba “Cada vez más jóvenes”. Así mismo se exponía en el citado diario que “el Doctor Jorge Pla, psiquiatra de la Universidad de Navarra, había censurado las páginas web en las que se promovían la anorexia y la bulimia” y donde se indicaba que “se muestran estos trastornos no tanto como una situación de enfermedad, sino como una forma de vida que uno elige libremente y que, por tanto, no tienen que tratarse”. Es decir, que la historia se repite, y a pesar de haber pasado casi un año, tiene que haber más lucha y defensa del menor, sobre todo en la adolescencia, época clave, aunque la edad se está adelantando en las niñas hasta los 10 años en que empiezan a tener la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los medios de comunicación están acelerando esta enfermedad, ya que en aquellos países donde no abundan tanto, estos problemas son muy contados.

Y siguiendo con el periódico “El Mundo”, este mismo problema fue denunciado el sábado, 14 de septiembre de 2002, número 492, donde titulaba que “Las anoréxicas crean clubes en la Red”, y bajo la apariencia de ayuda a familiares y afectados por la enfermedad, se daban consejos para ayunar, perder peso y llegar a la delgadez extrema. En este mismo artículo se dice que la “Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia” (ADANER) ya había detectado hacía apenas un año la existencia de estas webs,

la mayoría de ellas en inglés, y que eran visitadas en todo el mundo. Por lo que estamos hablando de un problema que se está multiplicando a pasos agigantados.

Continuando con los artículos de “El Mundo” sobre el tema de los TA, en la edición del lunes, 2 de febrero de 2004, Ángeles López titula en uno de ellos que “Sólo un tercio de las anoréxicas recibe atención psicológica y un 6% de las bulímicas”, y en él expone que aproximadamente un 0,3% de las jóvenes tienen anorexia cada año, pero sólo un tercio de ellas recibe atención psiquiátrica, mientras que del 1,5% de las bulímicas que aparece cada año, tan sólo el 6% recibe cuidados para mejorar su salud mental.

Y por último, el martes, 2 de marzo de 2004, “El Mundo” publica un artículo de Isabel F. Lantigua en el que titula “La anorexia y la bulimia amenazan a dos de cada 10 universitarios”, diciéndonos que el 14,9% de los varones y el 20,8% de las mujeres que están en la universidad tienen un alto riesgo de desarrollar un Trastorno de Comportamiento Alimentario (TCA) según un estudio realizado por miembros de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Estos y otros muchos artículos de distintos periódicos podríamos ir citando, pero ¿qué son realmente los Trastornos de conducta alimentaria?

Típicamente, las personas anoréxicas expresan un intenso miedo a ganar peso, pero tienden a pensar en temas relacionados con la comida y se preocupan irracionalmente por la obesidad. Es característico que nieguen sus síntomas, claramente observables. Se miran con frecuencia al espejo para asegurarse de que están delgadas y expresan incesante preocupación por verse gordas y sentirse fofas. Les da a veces por coleccionar recetas e incluso cocinan para otras personas, pero ocultan sus alimentos y buscan la forma de deshacerse de ellos y de automedicarse con pastillas compradas en parafarmacias que mezclan para perder peso constantemente. No son conscientes de los problemas que les pueden acarrear o de la delgadez que van consiguiendo, ya que llegan a presentar una alteración de su peso y de su silueta corporal que está por debajo del mínimo normal para su edad y su talla, llegando a desarrollar a menudo conductas obsesivo-compulsivas después de la

anorexia nerviosa. (PSA-R *Psychiatric Self-Assessment & Review* “Trastornos de conducta alimentaria”, Barcelona, 2000).

Los factores de riesgo para las anoréxicas han sido variables a lo largo de la historia, pero son muy comunes: la edad inferior a 25 años, sexo femenino (8-10 mujeres frente a 1 varón), de nivel socioeconómico medio-alto en su mayoría, aunque están aflorando también cada día más en zonas semiurbanas y rurales debido a los medios de comunicación, en concreto a la TV, que patrocina cada día más el culto al cuerpo; y a las adolescentes, sobre todo, trata de inculcarles como modelos las artistas y actrices. Esta preocupación sobre el peso está afectando incluso a niñas de 10 años, pertenecientes sobre todo a la sociedad occidental.

La desnutrición puede llegar hasta límites extremos, hasta la muerte en un porcentaje de 5/10% si se dejan llevar y no se las trata a tiempo, ya que tienden a negar y ocultar su enfermedad porque se está extendiendo la moda de que es “un estilo de vida” y engañan a todos los que pueden con disculpas que a veces ni ellas mismas saben a qué obedecen en un principio. Posteriormente en el tratamiento, van encontrando razones que suelen ser las relacionadas con el culto al cuerpo. Aunque muchas adolescentes y niñas hacen dietas durante un tiempo, si la familia está pendiente de ello, generalmente no desarrollan la enfermedad de la AN o BN.

Los criterios DSM-IV para el diagnóstico de bulimia nerviosa en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. Barcelona 1995.

Presencia de atracones recurrentes
Un atracón se caracteriza por:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</li> <li>- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. Ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</li> <li>- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</li> <li>- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</li> <li>- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</li> <li>- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</li> </ul>

Tabla 2.18

Hay de **Tipo purgativo**: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso; y de **Tipo no purgativo**: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

### **2.2.3. Etiopatogenia de la Bulimia Nerviosa**

Fairborn y Cooper (1984) hallaron que una dieta severa era el desencadenante de la conducta de atracones alimentarios más frecuente, y que un atracón exagerado era el precipitante más común de la conducta del vómito.

Hatsukami y colaboradores (1984) hallaron que el 43,5% de una muestra de 108 mujeres con bulimia nerviosa había padecido algún trastorno afectivo en algún momento de su vida, y que el 18,5% presentaba una historia de abuso de alcohol o de sustancias. Pese a una elevada asociación de los trastornos afectivos con la bulimia nerviosa, en la actualidad no existen pruebas suficientes que corroboren que la bulimia nerviosa es una forma frustrada de un trastorno afectivo. La bulimia nerviosa encajaría, teóricamente, dentro de un modelo activo (Szmukler y Tantam, 1984).

### **2.2.4. Factores predisponentes**

#### **a) Familiares**

Pueden ser de tipo genético-hereditario o bien educacionales (Bousoño García 1994). “En los factores hereditarios en la BN hay una mayor proporción de patología psiquiátrica en sus familiares de primer grado respecto a la población general fundamentalmente en cuanto a consumo de alcohol y otras adicciones, trastornos alimentarios y depresiones” (Chinchilla 2003). En cuanto a los factores familiares educacionales, se han considerado factor predisponente las características psicológicas del núcleo familiar.

Relaciones conflictivas, desorganizadas y con escasa confianza entre sus miembros (Rike y Rodin, 1991), con interacciones de control y dependencia emocional mutua. La familia no suele empatizar con las pacientes bulímicas y por lo tanto se sienten desprotegidas y otras veces, por el contrario, el exceso de proteccionismo en la infancia ha dejado poca iniciativa al individuo después, de manera que no se ha educado a los hijos para saber enfrentarse a la vida, dándose una falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes, y hoy día vivimos en una sociedad que nos está llevando cada día más a un nivel de exigencias desmedidas.

**b) Factores psicológicos**

Las pacientes bulímicas se muestran insatisfechas con su imagen corporal puesto que su percepción alterada las lleva a verse más gordas de lo que están, se hallan obsesionadas con evolucionar hacia la obesidad, muestran una tendencia al perfeccionismo compensador y sentimientos de insuficiencia y disfórico-distímicos (Chinchilla 1994).

Algunos autores hablan de dos tipos de pacientes. Los que se caracterizan por la presencia de desinhibición, inestabilidad afectiva, impulsividad y dificultades temperamentales manifiestas desde la infancia, y las pacientes que tendrán un patrón de personalidad más ajustado y desarrollarían el cuadro más en función de la restricción dietética (Kasset et al., 1989).

*Trastornos afectivos.* Suele ser la alteración psicopatológica más frecuente en la BN, encontrándose una comorbilidad depresiva de hasta el 25%.

Aunque los resultados de los estudios realizados no aclaran de forma concluyente la relación entre la bulimia y la depresión, en la actualidad se tiende a considerar que la sintomatología afectiva presente en estas enfermas es secundaria al trastorno alimentario (Chinchilla, 1994).

*Trastornos de ansiedad.* Abuso de alcohol y otras sustancias.

*Trastornos de personalidad.* En este último no se sabe si la BN es la causa o la consecuencia del trastorno de personalidad.

Parece claro que el factor desencadenante principal de la BN es la restricción dietética. Normalmente la mitad de las pacientes bulímicas han desarrollado con anterioridad un cuadro de AN. Otras veces el sobrepeso conduce a la dieta que a veces originaría transgresiones dietéticas vividas por los pacientes de forma descontrolada y con crecientes sentimientos de culpa. No obstante, debe considerarse como factor perpetuante la continuidad en la alteración conductual de los mecanismos reguladores de la conducta alimentaria por la alternancia de restricciones, atracones y vómitos.

**Algunos factores etiopatogénicos de la BN**

- Al igual que en la AN, no hay causas específicas ni cuadros homogéneos.
- Antecedentes de sobrepeso en alrededor del 40% de las pacientes.
- Hay factores que predisponen, desencadenan o perpetúan el trastorno.
- Al inicio puede haber factores predisponentes, familiares, socioculturales e individuales que pueden facilitar la aparición, pero no siempre.
- Frecuentes dietas precursoras que pueden interactuar con factores precipitantes.
- Tras el inicio, el cuadro dependerá de múltiples factores.
- Hablaríamos, al igual que en la AN, de un modelo biopsicosocial patogenético en su génesis y de un mantenimiento sin claras especificidades.

Tabla 2.19

<b>Socioculturales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociedad de la opulencia, de grandes cantidades de comida, más en culturas occidentales.</li> <li>- Idealización del modelo de mujer hacia la delgadez como distingo y competencia en edades cada vez más tempranas.</li> <li>- El sobrepeso descalificador, y al rechazarlo y hacer dietas se tiende a la bulimia.</li> <li>- Insatisfacción de la imagen corporal previa a la aparición de la BN.</li> <li>- Todo independientemente de la clases social.</li> </ul>
<b>Familiares</b>

- Genéticos y de vulnerabilidad.
- Mayor trastorno de la conducta alimentaria (TCA), 3 veces más en la población general en familiares en primer grado.
- Estudios generales:
  - . En AN, 65-70% de concordancia en monocigotos (más carga genética).
  - . En BN, 35% de concordancia en monocigotos (más carga socioambiental).
- La supuesta vulnerabilidad genética en la BN podría actuar directamente aumentando la predisposición a la obesidad o bien a una estructura de personalidad que sería predisponente para la BN.
- Mayores trastornos afectivos depresivos en familiares en primer grado.
  - . Compartirían una etiología familiar común y las depresiones.
- Las BN con depresión tienen antecedentes familiares de primer grado con mayor número de depresiones que la población general.
- Alta frecuencia de consumo de alcohol/drogas antes de la BN y en familiares.
- Vías cerebrales de recompensa que si se alteran podrían favorecer conductas de consumo, si interactúan con otros factores personales o ambientales.
- Los padres de las BN suelen ser poco afectivos y empáticos y conflictivos para muchos pacientes, y alteran aún más esa supuesta o real disarmonía familiar.
- Si los padres tienen sobrepeso o sobrevaloran el peso y apariencia, existe un mayor riesgo para padecerlo los hijos.

#### Individuales

- Físicos y psicológicos, aunque es discutible si los hallazgos son causa o efecto.
- La obesidad premórbida en el 40%, los aspectos fenotípicos sobre la masa grasa, pueden conducir a dietas restrictivas y posterior a la BN.
- Alteraciones de neurotransmisores, serotonina, noradrenalina, dopamina, neuropéptidos, etc., implicados en la regulación alimentaria, afectividad e impulsividad.
- El déficit o hipofunción serotoninérgica; los agonistas opioides aumentan la ingesta y los antagonistas la disminuyen (posible valor terapéutico). La colecistocinina (CCK), neuropéptido Y e YY inducen a la ingesta, más de hidratos de carbono.

Tabla 2.20

**DIFERENCIAS ENTRE AN Y BN**

<b>AN</b>	<b>BN</b>
Inicio en edades más tempranas.	Inicio más tardío.
Predominio femenino.	Predominio femenino.
Más demacradas.	Menos demacradas o aspecto normal, pasan mas desapercibidas (menos diagnosticadas).
Variablemente impulsivas.	Mucho más impulsivas.
Miedo a ser BN.	Deseo de ser AN.
Peso previo al diagnóstico bajo.	Peso cercano al normal.
Método de control de peso:	Método de control de peso:
Restricción alimentaria.	Vómitos, laxantes-diuréticos.
Mayor control.	Mayor descontrol.
Mayor hiperactividad.	Menor hiperactividad.
Amenorrea casi en el 100 %.	Menstrua normal mente o con cierta frecuencia el 50 %.
No comen.	Pueden no comer a veces, pero la tendencia es a vomitarlo.
Menor psicopatología asociada.	Mayor psicopatología asociada de personalidad, sociopatías, consumo de tóxicos, cleptomanía, depresiva.
Hipotensiones, bradicardia e hipotermia frecuentes.	Hipotensión, bradicardia e hipotermia poco frecuentes.
Menos conductas autolíticas directas.	Más frecuentes conductas autolíticas.
Conductas bulímicas en el 50-70 % de los casos.	Conductas bulímicas en el 100% de los casos.
¿Mejor pronóstico?	¿Peor pronóstico?
¿Peor respuesta a los antidepresivos?	Mejor respuesta a los antidepresivos sobre todo fluoxetina.
Puede evolucionar hacia BN.	Rara vez evoluciona hacia AN típica, pero sí previa AN menos severa.
Complicaciones muy variadas.	Complicaciones variadas y algunas derivadas de los vómitos o atracones.

Tabla 2.21

**Común a ambas: miedo obsesivo e irracional hacia la posibilidad de ser obesas, a perder su peso, al compromiso; preocupación por el cuerpo, el peso y los alimentos. (Chinchilla, 2003).**

## 2.3. OTROS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

### 2.3.1. LA OBESIDAD

La obesidad es la enfermedad metabólica más difundida en el mundo entero; su incidencia ha aumentado de forma dramática en las dos últimas décadas (Bennet, 2000, Rosenbaum, 1997), tanto en el mundo desarrollado como en el subdesarrollado (Plata Rueda, 1996). Es el problema de salud más común en los países desarrollados y representa la segunda causa prevenible de muerte en EE.UU. (Ristow, 1998). En la infancia, la obesidad es uno de los trastornos nutricionales más frecuentes (Bueno, 1995).

En España es obesa el 13% de la población mayor de 20 años, y el 20% de los mayores de 45 años. En EE.UU. es obesa 1 de cada 4 personas (VanItallie, 1985), el doble de las cifras encontradas en los años 60.

En una nota de prensa publicada por “La Voz de Galicia”, el viernes, 29 de abril de 2005, con el título de que “El mayor consumo de grasas, dispara la obesidad mórbida”, se nos dice que “La alimentación de los jóvenes es uno de los temas que más preocupa a los responsables de la sanidad gallega. Al igual que en otras comunidades, los adolescentes gallegos han aumentado el consumo de grasas en su dieta en detrimento de los hidratos de carbono, lo que, unido a la reducción del ejercicio físico, ha generado un incremento de los casos de sobrepeso, de obesidad e incluso de obesidad mórbida, casos extremos asociados a otras patologías. Por otra parte, estudios realizados para el conjunto de España, señalan que entre los 13 y los 17 años, el 8,3% de las chicas urbanas y el 5,8% de las rurales, hacen dieta (1,6% y 3,7% en el caso de los hombres). Además, los ingresos hospitalarios por anorexia o bulimia se han multiplicado en los últimos años, así como la imagen distorsionada de sí mismos entre los menores”.

A diferencia de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa, la obesidad no se clasifica como un trastorno psiquiátrico, sino como un trastorno médico. La obesidad supone la acumulación excesiva de grasa corporal y, operacionalmente, se define como sobrepeso (*Revista de Ps.*).

Según el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una “enfermedad crónica”, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. Aunque no todo incremento de peso corporal es debido a un aumento de tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal.

El paciente pediátrico es considerado obeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es superior al percentil 85, según sexo y edad. Este índice se obtiene relacionando el peso en Kg. y la estatura en metros al cuadrado, y el resultado habría que compararlo con tablas de percentiles, según sexo y edad. Cuando la relación del peso del niño actual con el peso ideal para la talla es superior al 120%, según sexo y edad, podemos decir que es obeso.

La obesidad es una enfermedad crónica que se acompaña de múltiples complicaciones; la acumulación excesiva de grasa compromete la salud ((Kiess, 2000). Es una alteración del metabolismo energético, en la cual ocurre almacenamiento excesivo de energía bajo la forma de triglicéridos en el tejido adiposo (Ceragioli, 2001).

Es el resultado de un desequilibrio permanente y prolongado entre ingestión calórica y gasto energético, donde el exceso de calorías se almacena como tejido graso (Flier, 1998).

Parece confirmado que los riesgos para la salud son significativos cuando el sobrepeso alcanza el 20 o el 25% en las personas. Aunque hay autores que sitúan el límite en 27,8, para los varones y el 27,3 para las mujeres, la mayoría de los consensos definen la obesidad a partir de un IMC o índice de Quetelet, de 30, aunque no es buen indicador en la niñez, adolescencia, ancianos y en personas muy musculosas, sin embargo es la medida más útil en la práctica para hacer el seguimiento de la pérdida de peso y determinar la eficacia del tratamiento.

La clasificación más útil de la obesidad es la basada en el IMC (American Academy Family Physicians, 1999)

GRADO	IMC
Sobrepeso	25-29,9
Clase I	30-34,9
Clase II	35-39,9
Clase III	> 40.0

Tabla 2.22

### a) Etapas

En la infancia hay tres períodos críticos en el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones:

- infancia precoz.
- entre los 5-7 años (período de rebote de la adiposidad), aumenta progresivamente el número de adipositos; la obesidad provoca hiperplasia de las células (Alemzadeh, 1996).
- la adolescencia (Marques, 1998, Barness, 1997)

Durante el primer año de vida, el tamaño de las células adiposas casi se duplica, no así el número. De 5 a 7 años, aumenta progresivamente el número de adipocitos; la obesidad provoca hiperplasia de las células (Alemzadeh, 1996). Cuando se inicia la enfermedad durante estos períodos aumenta el riesgo de su persistencia y de sus complicaciones (Dietz, 1994).

### b) Clases de Obesidad

Básicamente, existen dos tipos de obesidad:

*Obesidad Primaria o de Causa no Delimitada.*

*Obesidad Secundaria o de Causa Conocida.*

Según la distribución de grasa corporal (Consenso SEEDO, 1995) se puede hablar de: *Obesidad de distribución homogénea*: hay exceso de grasa corporal en el organismo; *Obesidad abdominal, central o androide*: es una acumulación excesiva de grasa a nivel de abdomen (tronco), más común en varones, y está muy ligada al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión. Con el ejercicio físico responde bien a un incremento del gasto energético, y *Obesidad gluteofemoral o ginoide*: es la acumulación

excesiva de grasa en el bajo vientre, caderas y muslos, más común en mujeres. Este tipo de obesidad no está tan relacionado con las enfermedades anteriores, pero se reduce peor que la anterior.

En los niños hay tres categorías: obesidad leve (entre el 120 y 129% superior a la relación entre el peso actual y el peso ideal a la talla del niño, según edad y sexo); obesidad moderada (relación entre 130 y 139%), y obesidad mórbida (relación igual o superior al 140%) (Marques, 1998).

En las personas mayores de 17 años podemos calcular la obesidad a través del IMC, que sería = peso en kilos, dividido por la altura en metros al cuadrado. Teniendo en cuenta la clasificación que la OMS ha establecido para el peso de las personas nos daría la siguiente clasificación:

EDAD (años)	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )
Bajo Peso	<18.5
Peso Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25.0 – 29.9
Obesidad	30.0 – 39.9
Obesidad Extrema	>_ 40.0

Tabla 2.23

Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO'2000), habría los siguientes puntos de corte propuestos:

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Clasificación de la SEEDO'2000
<18,5	Peso insuficiente
18,5-24,9	Normopeso
25,0-26,9	Sobrepeso grado I
27,0-29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34,9	Obesidad tipo I
35-39,9	Obesidad tipo II
40-49,9	Obesidad tipo III (mórbida)
<50	Obesidad tipo IV (extrema)

Tabla 2.24

Ahora bien, para discriminar bien el exceso de peso (obesidad) y una hipertrofia muscular o retención de líquido (edema), es conveniente utilizar una

segunda medida: el Índice de Cintura / Cadera (ICC) como indicador de la distribución de la grasa corporal. Para ello hay que medir con una cinta métrica, paralela al suelo, el perímetro de la cintura a nivel de la última costilla flotante, y el perímetro máximo de la cadera a nivel de los glúteos.

Se ha calculado que una relación entre cintura y cadera superior a 1.0 en varones y a 0.8 en mujeres, es indicativo de un elevado riesgo de desarrollar enfermedades coronarias.

En la siguiente tabla se puede ver, conociendo el IMC y el perímetro de cintura, qué enfermedades puede desarrollar la obesidad, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

Edad	Perímetro Cintura Varones <_ 102 cm. Mujeres <_ 88 cm.	Perímetro Cintura Varones > 102 cm. Mujeres > 88 cm.
25.0 – 29.9	Aumentado	Alto
30.0 – 34.9	Alto	Muy Alto
35.0 – 39.9	Muy Alto	Muy Alto
>_ 40.0	Extremadamente Alto	Extremadamente Alto

Tabla 2.25

Otro método para valorar el exceso de grasa es el pliegue tricipital (pliegue formado a nivel del músculo del tripces).

### c) Causas

Según parece, los lípidos, los aminoácidos y el metabolismo de la glucosa afectan de alguna manera los mecanismos reguladores centrales que influyen en la conducta alimentaria. Actualmente la mayoría de los investigadores consideran que la obesidad es un trastorno del equilibrio energético con un fuerte componente genético que es modulado por influencias culturales y ambientales (Rev.PS, 2003).

Las principales causas asociadas al desarrollo de la obesidad serían patrones de conducta sedentaria y una dieta abundante en grasas y no equilibrada, de ahí que se pretenda una modificación de las dietas y hábitos

alimentarios, aconsejando una actividad física diaria, acorde con la edad de las personas que la padecen, según la orientación del médico.

Se sabe que hay factores genéticos implicados en la obesidad nutricional: cuando el padre y la madre son obesos, el riesgo de que el hijo lo sea es del 80%; si sólo es uno de los dos, hay una probabilidad del 50%, y si ambos son delgados, la probabilidad se reduce al 9% (Marques, 1998).

A veces es debido a enfermedades médicas (problemas endocrinológicos o neurológicos). Medicamentos (esteroides y algunos medicamentos psiquiátricos). Cambios en la vida que les causan mucho estrés (separaciones, divorcio, mudanzas, muertes, abuso). Depresión u otros problemas emocionales.

Así mismo hay factores ambientales que influyen, como: la obesidad es más alta en las ciudades grandes, en mujeres de clase social baja y hombres de clase social alta; familias con un hijo único; incremento del tiempo dedicado a la televisión (por cada hora, un 2% de aumento) y el consumo de alimentos ricos en calorías; la existencia de problemas psicosociales: disturbios del vínculo de la madre-hijo, padres ansiosos por la comida que a cualquier llanto del niño lo asocian con ella o bien en vez de darle cariño le dan todas las golosinas que desean. Dada la magnitud de factores ambientales familiares en la etiología de la obesidad, ésta se considera en la mayoría de los casos, un síntoma de disfunción familiar (Miranda, 1999).

Como regla general, se dice que ganamos medio kilo de grasa por cada exceso de 3500 kcal. Por ejemplo, una persona que habitualmente tiene un pequeño balance energético positivo cada día de la semana y al final suma unas 3.500 kcal. más, se puede decir que habrá almacenado unos 450g de grasa más que la anterior.

### Problemas de la Obesidad

- Constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades (hipertensión, hiperlipidemia, diabetes tipo 2, hiperinsulinismo, cardiopatías, osteoartritis, apnea del sueño, distintos cánceres, etc.).
- Plantea problemas personales de autoestima, aumento de ansiedad, oportunidades de empleo, etc.
- Constituye un síndrome con una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas, desarrollo de síntomas bulímicos y/o anoréxicos, etc.).
- La edad avanzada y la obesidad están asociadas hasta los 50 años. Existe una alta prevalencia de obesidad entre las mujeres en comparación con los varones; por encima de los 50 años, esto podría deberse al incremento de mortalidad en los hombres obesos a medida que avanza la edad.
- Los estudios que hacen las compañías aseguradoras americanas han demostrado un aumento progresivo en la "mortalidad excesiva" a medida que aumenta el IMC (Society of Actuaries, 1992).
- Otro estudio con personas muy obesas encontró que la mortalidad excesiva era muy elevada en hombres jóvenes (con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años) que disminuía gradualmente con la edad (Stevens y cols., 1998).

Tabla 2.26

### Características de los Obesos:

- Por lo general, las personas obesas se quejan de que no pueden frenar la ingestión y tienen problemas para sentirse saciadas. Algunas personas obesas no pueden distinguir entre apetito y otros estados disfóricos, y comen cuando están emocionalmente alteradas.
- Dado el momento social en el que vivimos de exaltación de las personas delgadas, hay obesos que desprecian su imagen corporal, sobre todo los que lo han sido desde pequeños, y de alguna manera se sienten desvalorados y sufren perjuicios laborales.
- Numerosos obesos presentan ansiedad y depresión cuando intentan llevar a cabo un régimen (Halmi y cols, 1980). Dado que los riesgos sobre la salud y la mortalidad varían en función del grado de adiposidad, Bray (1986) propuso una clasificación de estos individuos en sujetos de bajo riesgo (IMC de 25-30), de riesgo moderado (IMC de 31-40) y de alto riesgo (IMC > 40)

Tabla 2.27

**d) Terapia**

El tratamiento de la obesidad constituye una de las prácticas más frustrantes para el pediatra (Plata, 1996), porque no se encuentra ninguna terapia única para que sea efectiva. O bien no se llega a la adecuación del peso o éste retorna a los niveles anteriores de obesidad en el 90% de los casos (Marques, 1998). Los resultados con las medidas dietéticas y con una modificación del grado de ejercicio sólo han conseguido buenos resultados a corto plazo (Barnes, 1997).

**Principios básicos del tratamiento**

- No hay “remedios maravillosos” para la reducción de peso.
- El tratamiento tiene que ser individualizado.
- Tienen que intervenir todos los agentes: pacientes, familia, endocrinólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta.
- Se necesita tiempo.
- Tienen que seguirse unas normas muy estrictas de alimentación según unas tablas que marcan las calorías apropiadas y el peso apropiado.
- Ejercicio físico diario.
- Planificar las comidas.
- Saber lo que come en el colegio.
- Cambiar los hábitos de comer.
- Hacer las comidas en familia y no “viendo la televisión”, “delante del ordenador”, etc.

Tabla 2.28

**Hay que modificar unos factores de riesgo en el niño**

- Hábitos alimentarios incorrectos, menos comidas rápidas y más dietas con vegetales, frutas, fibras, etc., “dieta mediterránea”.
- Creer que los niños obesos son signo de salud.
- Uso de lactancia artificial.
- Poca actividad física.
- Hogares emocionalmente inestables.

**Y en los adultos:**

- Menos comidas rápidas y más dietas con vegetales, frutas, fibras, etc., “dieta mediterránea”.
- Exceso de tabaco y alcohol.
- Poca actividad física.
- Exceso de estrés.

En definitiva, en las personas con predisposición genética a aumentar de peso, prevenir la obesidad es el mejor curso de acción. Se sabe que la obesidad es una condición crónica que dura toda la vida y es el resultado de un ambiente de abundancia calórica y relativa inactividad física, influenciado por un genotipo susceptible. Los genes no son una condena del destino. Se están desarrollando medicamentos que pueden contribuir a perder peso o a mantener un peso saludable, y se espera que estén disponibles en unos pocos años. Así mismo en situaciones de obesidad mórbida, está el tratamiento quirúrgico de reducción del estómago, que conlleva sus riesgos y debe ser en condiciones extremas a requerimiento del médico y tomando las debidas precauciones.

**2.3.2. VIGOREXIA**

Actualmente existe en la sociedad una tendencia creciente, incluso compulsiva en algunos casos, a lograr a toda costa unos cánones de belleza que se simbolizan como éxito a nivel afectivo, de trabajo y de autoestima y que han llevado más veces de la cuenta a problemas de anorexia y bulimia, ya que es muy poco el espacio que media entre unas cosas y otras. Pues si era poco problema éste, hoy surge con fuerza una nueva enfermedad que se la conoce como vigorexia o la obsesión por ganar músculo en los varones a través de una actividad física desproporcionada, que se contrapone con la delgadez de ellas.

El psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope acuñó el término en 1993. En un principio lo bautizó como anorexia reversa, y últimamente prefiere hablar de Complejo de Adonis.

El doctor Pope indica que de los nueve millones que acuden a un gimnasio en Estados Unidos, algo más de un 10% podría ser vigoréxico. En

España, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos calcula que existen unos 700.000 casos.

“Se trata de un trastorno que se caracteriza por una tendencia obsesiva a conseguir un cuerpo musculado”, afirma la doctora Teresa Lartigau, psiquiatra y especialista en estas patologías. Aunque la alimentación juega un papel importante, ya que los suplementos dietéticos –ricos en proteínas y carentes de grasas- ayudan a conseguir esa musculación, lo correcto sería hablar de un desorden psiquiátrico. “De alguna forma, está relacionada con la anorexia y la bulimia porque las tres son trastornos adictivos”, añade.

### a) Insatisfacción con el físico

Aunque lleva muy poco tiempo el estudio de la vigorexia, sin embargo su perfil resulta muy familiar.

#### Características

- Personas inmaduras, por su excesiva dedicación al cultivo del físico.
- Baja autoestima.
- Introversos. La enfermedad deriva en un cuadro obsesivo compulsivo, que hace que el vigorexíco se sienta fracasado, abandone sus actividades y se cierre en un gimnasio día y noche.
- Sigue dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar la masa muscular, por lo que corren mayor riesgo de abusar de sustancias como hormonas y anabolizantes esteroides.
- Antisociales.
- Miradas continuas en el espejo y seguir sintiéndose enclenque.
- Acuden con mucha frecuencia al peso.
- Obsesionados con hacer sobreesfuerzos físicos.

Tabla 2.29

En definitiva, quien sufre de vigorexia es una persona insatisfecha con su propio cuerpo, se ve demasiado delgado y busca el llegar al volumen deseado a través de horas de gimnasio para lograr desarrollar los músculos que le gustan.

No queda todo en horas y horas de gimnasio, sino que a veces caen en la tentación del doping a través de anabolizantes y esteroides con el riesgo que corren para su organismo, y si encima le adjuntamos que muchas veces se automedican ellos mismos por consejos de otros compañeros, estamos ya cayendo en problemas muy serios que suelen desembocar en complicaciones muy graves de salud. Estas sustancias que toman pueden provocar problemas de impotencia, crecimiento desproporcionado de las glándulas mamarias, acné, caída del pelo... y a veces problemas de corazón y de hígado.

Un informe de la Comisión Europea de este año, 2005, publicaba que un 6% de las personas que acuden a gimnasios se dopan. Más de 20.000 centros en el viejo continente tienen inscritos un número superior a 15 millones de clientes. Los afectados son en su mayoría hombres entre 18 y 35 años que comienzan a dedicar demasiado tiempo, entre tres y cuatro horas diarias, a esa actividad y lo quitan del resto de sus labores u ocupaciones cotidianas.

## **b) Tratamiento**

No hay prácticamente diferencias entre hombres y mujeres con anorexia y bulimia. La diferencia estriba en que mientras la mujer desarrolla la enfermedad por querer adelgazar, el hombre lo hace por desear ser más musculoso. La preocupación de los médicos va en aumento, pero el trastorno es demasiado nuevo todavía.

Si bien se ha comprobado la existencia de trastornos en los niveles de diversas hormonas y mediadores presentes en la transmisión nerviosa en el sistema nervioso central, los principales factores desencadenantes involucrados son de tipo cultural, social y educativo, a los que estas personas están expuestas continuamente. Por ello, el tratamiento debe enfocarse a modificar la conducta y la perspectiva que tienen sobre su cuerpo, es decir, los tratamientos de las personas afectadas deben de ser multidisciplinarios; combinar la farmacoterapia con la psicoterapia y con tratamiento dietético a cargo de expertos en Nutrición humana y Dietética, para regular nuevamente su alimentación.

El entorno afectivo cumple una función muy importante en su recuperación, al brindarle apoyo cuando intentan disminuir su programa de

ejercicios a rutinas más razonables. Es necesario disminuir el entusiasmo y la ansiedad por la práctica deportiva intensa logrando que se interesen por otras actividades menos nocivas para su cuerpo.

El hecho de desear la imagen corporal ideal no implica necesariamente que la persona padezca algún trastorno psicológico, pero siempre debe estar muy atento, ya que las probabilidades de que sí aparezca son mayores en estas personas.

### **c) Secuelas**

Numerosos problemas orgánicos y lesiones pueden aparecer cuando la práctica deportiva es excesiva. Las desproporciones entre las partes corporales son muy frecuentes, por ejemplo, un cuerpo muy voluminoso con respecto a la cabeza. La sobrecarga de peso en el gimnasio repercute negativamente en los huesos, tendones, músculos y las articulaciones, sobre todo de los miembros inferiores, con desgarros y esguinces.

La alimentación es otro problema muy frecuente e importante, ya que consumen muchas proteínas e hidratos de carbono y poca cantidad de grasa en un intento de favorecer el aumento de la masa muscular. Ocasionándoles muchos trastornos metabólicos. Por ejemplo, el exceso de proteínas, al metabolizarse en el organismo, se convierten en ácido úrico, un producto tóxico, lo que también va a afectar a la absorción del calcio (se elimina calcio por la orina = calciuria), pudiendo dar lugar a corto plazo a problemas de osteoporosis.

El uso de anabólicos es también otra consecuencia que se asocia a la vigorexia, en un intento de mejorar el rendimiento físico e incrementar el volumen de sus músculos. Con el uso de estas sustancias no se obtiene ningún beneficio, sino todo lo contrario, ya que producen muchos trastornos en el organismo como masculinización e irregularidades del ciclo menstrual en las mujeres, acné, problemas cardíacos, atrofia testicular, disminución de la formación de espermatozoides y retención de líquidos, entre otros.

Es importante tener en cuenta que estas drogas no aumentan la fuerza muscular, la agilidad ni la resistencia.

#### **d) Endorfinas**

Constituyen un grupo de hormonas que produce el propio organismo, con propiedades similares a la morfina, como un mecanismo de defensa ante diversos estímulos. Principalmente actúan como analgésicos endógenos.

Cuando la persona practica deportes rutinariamente hasta extenuarse, el organismo comienza a producir estas sustancias para aliviar los síntomas, y esto le permite poder continuar el trabajo por más tiempo cada día. A medida que pasa el tiempo se requerirá una cantidad cada vez mayor para poder soportar el dolor, lo que acarreará serias consecuencias. Todo esto lleva al desarrollo de una verdadera adicción a las endorfinas. Debe prestarse mucha atención al dolor, porque es una señal de alarma de las posibles consecuencias del sobreentrenamiento.

#### **2.3.3. ORTOREXIA**

El Dr. Steve Bratman, en su libro publicado en el año 2000 en EEUU, *Health Food Junkies*, (“Yonkies de comida sana”), fue el primero en describir la ortorexia en 1997 para definir la obsesión y preocupación extrema de las personas para comer lo más sano posible.

La palabra ortorexia se deriva del griego: “orthos”: ‘justo’, ‘recto’ y “exía”: ‘apetencia’, por lo que podríamos definirla como apetito justo o correcto. Actualmente este concepto no está recogido en ningún diccionario ni los síntomas que engloba son reconocidos como una enfermedad por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El comer sano es algo totalmente natural y conveniente, más que si uno se despreocupa por ello, pero el problema surge cuando este deseo se convierte en obsesión hasta extremos de poner en peligro la salud pensando que una alimentación “totalmente sana” cura todos los males.

La fijación de la gente por la comida sana les lleva a ingerir sólo alimentos procedentes de la agricultura ecológica, libres de transgénicos,

olvidándose en la mayoría de los casos de incluir en sus dietas carnes o grasas de ningún tipo. De esta forma los niveles de equilibrio del cuerpo se desploman, se pierde hierro, proteínas y en la mayoría de los casos se empieza por sufrir una fuerte anemia que es el desencadenante de enfermedades mucho más graves, como la osteoporosis, la hipervitaminosis o la hipovitaminosis.

A veces esto lleva a una pérdida de sociabilidad, “por seguir una dieta caprichosa”, y ello acarrea consecuencias psicológicas que muchas veces, al igual que en la anorexia y la bulimia, se convierte en una forma inadecuada de manejar la angustia.

Entre las consecuencias físicas se presentan déficits nutricionales como la anemia y la pérdida de vitaminas.

La obsesión por la comida lleva a angustiarles hasta el extremo de preocuparse por su preparación y los recipientes en los que cocinan, dedicando mucho tiempo a la elaboración de los menús y a su preparación. Cada pequeña transgresión alimenticia se acompaña de sentimientos de culpabilidad y frustración cada vez más fuertes. Se rechaza todo aquello que no es "natural", saludable o controlado, lo que influye de modo muy negativo en la vida social de la persona; comer fuera de casa en un bar o restaurante resulta impensable para ellos.

Presentan más riesgos de sufrir la ortorexia las personas muy estrictas y exigentes consigo mismo, mujeres, adolescentes y quienes se dedican a deportes como el culturismo, el atletismo y otros. Suelen ser personas extremistas, o todo o nada.

Según ha señalado Alfonso Cañadas, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Reina Sofía de Córdoba, (“VII Jornadas Nacionales de Nutrición Práctica”, Colegio de Médicos de Madrid, 15-X-02), la obsesión por comer sano ha llevado al uno por ciento de la población española a tener un menú en su vida en vez de una vida, esto es, a padecer ortorexia. “La anorexia nerviosa restrictiva puede evolucionar a ortorexia, también puede aparecer en sujetos que han padecido otro trastorno de la conducta alimentaria u otro trastorno obsesivo-compulsivo”. A diferencia de otras psicopatías relacionadas

con la alimentación, la incidencia es la misma entre sexos, aunque "mientras que en las mujeres suele subyacer el deseo de pérdida de peso, en los varones está el de mantenerse sano", e incide especialmente en personas con un elevado nivel socioeconómico.

La preocupación por la comida empieza a ser grave cuando cambia el estilo de vida y se convierte en obsesión; hay que tratar de rechazar la idea de que la calidad de vida depende de la alimentación.

Según la doctora Isabel Zamarrón, del Departamento de Nutrición del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, el ortoréxico puede derivar en un enfermo psiquiátrico.

Las personas ortoréxicas prefieren quedarse sin comer a no estar seguras de la calidad de lo que van a ingerir, y si esto se prolonga se traduce en anemias, carencias vitamínicas o de oligoelementos o falta de energía.

Parece ser que se manifiesta en personas con comportamientos obsesivo-compulsivos y predispuestas genéticamente a ello. También se da en pacientes que han sufrido anorexia nerviosa; al recuperarse optan por introducir en su dieta sólo alimentos de origen natural, prebiótico, cultivados ecológicamente, sin grasa o sin sustancias artificiales que puedan causarles algún daño. Las mujeres más jóvenes suelen ser las más afectadas, siguiendo los cánones de belleza de modelos y actrices, muchas veces excéntricas pero que influyen grandemente en las adolescentes.

El Dr. Bratman en su libro *Health Food Junkie* tiene elaborado un pequeño test para la ortorexia:

**Test sobre la Ortorexia (Dr. Bratman)**

- ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?
- ¿Planea sus comidas con varios días de antelación?
- ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
- ¿Ha disminuido la calidad de su vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta?
- ¿Se ha vuelto usted más estricto consigo mismo en ese tiempo?
- ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
- ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos "buenos"?
- ¿Supone un problema a su dieta a la hora de comer fuera, distanciándolo de su familia y sus amigos?
- ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
- ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana?

Tabla 2.30

Si responde afirmativamente a 4 ó 5 preguntas, significa que es necesario que se relaje más en lo que respecta a la alimentación.

Si responde afirmativamente a todas las preguntas, significa que tiene una obsesión importante por la alimentación sana.

## 2.4. LOS TCA EN LOS ADOLESCENTES Y EN LOS JÓVENES

Por lo general se acepta que la AN se inicia en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años (Sánchez-Planell, 1998). Aunque era poco común en la primera década de la vida o pasada la treintena, sin embargo cada día van surgiendo más casos en estas edades, dándose situaciones de estar viviendo el mismo problema madres de más de treinta años con sus hijas preadolescentes.

Todo el capítulo dos se puede decir que es un estudio del problema de los adolescentes y jóvenes con los TCA, ya que es donde más se acusa y se vive, debido a las características psicológicas y evolutivas que están pasando. Una etapa, donde la inmadurez y el desarrollo como personas, les hace dejarse llevar por las modas y acontecimientos de una sociedad que está sobrevalorando el aspecto físico, por encima de las virtudes y cualidades humanas, aumentando así cada día más, una epidemiología que está haciendo necesario que la sanidad pública se ocupe de una manera urgente de todos estos problemas, y forme más profesionales que atiendan la demanda de muchos jóvenes y adolescentes, que las están padeciendo.

La relación que hay entre mujeres y varones viene a ser entre 9-10:1, pues casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres, mientras que según las series, únicamente del 3 al 10% son varones (Chinchilla, 2003).

Estas enfermas -de todas las clases sociales- suelen ser mujeres solteras, aunque van aumentando también casadas, con gran capacidad de inteligencia, perfeccionistas, aplicadas, pero abundando en ellas rasgos de personalidad obsesiva y afectivo-angustiosa.

“Todos los rasgos apuntan que la BN es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo la edad media de aparición los 20 años y la proporción mujeres-varones, al igual que la AN, de 10:1.” (Chinchilla, 2003).

En la AN se estiman tasas de mortalidad que oscilan entre el 1 y el 5%, las cuales se dividirían equitativamente entre complicaciones médicas, suicidios. (Palmer 1990).

En una importante revisión de 40 estudios de AN (Herzog et al., 1998) se encontró que el 50% de los fallecimientos acaecidos en pacientes afectas de AN se debían a complicaciones médicas de la enfermedad, el 24% se debieron a suicidios, el 15% fueron muertes por causas desconocidas, el 6% por neuropatías y otro 6% por accidentes u otras causas.

Los sujetos con diagnóstico de BN presentaron más intentos autolíticos que los diagnosticados de AN (18 frente a 9%). Entre los que presentaron más de un intento autolítico, un 77% tenía diagnóstico de BN de tipo purgativa.

Si visitamos hoy día los hospitales, nos encontramos que hay muchos más jóvenes y adolescentes que están demandando a profesionales que les solucionen sus problemas de TCA, se creen departamentos especializados para ello, dejando de lado los psiquiátricos donde normalmente se les relegaba, y así puedan estar más cerca de sus hogares sin tener que desplazarse a ciudades grandes o a clínicas especializadas que sólo muy pocos podían pagar.

Los estudios que están abundando hoy día nos hablan de la necesidad y urgencia del problema, y aunque a nivel social se están tomando algunas medidas, siguen siendo muy escasas y de poco efecto porque la gran cadena de propaganda y negocios montados a costa de las modas hacen que sean prácticamente nulas las que se llevan a cabo desde la sanidad pública.

## 2.5. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO DOS

Partimos de la definición dada por el Diccionario de la RAE, aclaramos que no es una enfermedad nueva y de que el concepto de AN se va perfilando en la segunda mitad del S. XIX según Chinchilla (2003). Damos los criterios del DSM-IV y aclaramos que hay AN de tipo restrictivo, compulsivo y purgativo. Junto a la AN está también la BN que cada día va más en aumento. Dedicamos unos párrafos a las complicaciones de los TCA, con las pérdidas de peso y fallos de tratamiento ambulatorio.

Hacemos un primer apartado importante sobre la *Anorexia Nerviosa* (AN) y describimos las características de las anoréxicas, sus fobias, obsesiones, temores, rituales de autodefensa... A continuación seguimos con la etiología y patogenia según autores como Crisp (1976); Brusch (1962); Russell (1969) y Falk y Lamí (1982). Damos otros criterios de la AN (CIE-10) y la tabla 2.4 (pág. 47) con otras pistas para el diagnóstico precoz.

Exponemos el pronóstico de la AN con variables según diversos caracteres Tabla 2.5 (pág. 49); factores a largo plazo de buen pronóstico Tabla 2.6 (pág. 50) y peor pronóstico Tabla 2.7 (pág. 50). También desarrollamos los factores predisponentes, familiares, psicológicos, socioculturales, precipitantes Tabla 2.9 (pág. 55), de mantenimiento y/o agravación Tabla 2.10 (pág. 55), y otros factores predisponentes Tabla 2.11 (pág. 56), desencadenantes Tabla 2.12 (pág. 56) y mantenimiento Tabla 2.13 (pág. 57). Hacemos notar la AN en el varón y el cuadro psicopatológico de la misma con la verdadera AN según Bruch (1969) Tabla 2.14 (pág. 59); la pseudoanorexia nerviosa y el rechazo esquizofrénico de la comida Tablas 2.15 y 2.16 (pág. 60), y las constelaciones psicodinámicas en la AN según Tours, (1969) Tabla 2.17 (pág. 61).

Un segundo gran apartado de este capítulo es el de la *Bulimia*, comenzamos por su definición y cómo ya Hipócrates, Aristófenes y Jenofonte hablaban del hambre enfermiza o hambre voraz. En 1398 Trevisa la usa por primera vez como apetito inmoderado y otros autores aportan nuevas acepciones, relacionándola con la depresión, y viendo que actualmente está muy en boga por el excesivo culto que se está dando al cuerpo. Vemos movimientos

a favor de ella y de la AN, sobre todo entre las adolescentes que hacen apuestas por ver quién adelgaza más, intercambiándose consejos y trucos, al mismo tiempo que se ponen distintivos para reconocerse si se cruzan por la calle. De todo ello hacemos una descripción con distintos artículos recogidos de los medios de comunicación y páginas webs.

Exponemos los criterios DSM-IV para el diagnóstico de la bulimia nerviosa en la Tabla 2.18 (pág. 68), las claves de tipo purgativo y no purgativo, así como la etiopatogenia de ella y los factores predisponentes: familiares, psicológicos (afectivos, de ansiedad, de personalidad) y en último lugar en la Tabla 2.21 (pág. 71) establecemos las diferencias entre AN y BN.

Aparte de estos dos grandes trastornos de conducta alimentaria, reseñamos también en este capítulo otros como:

La *Obesidad* que cada día por desgracia está aumentando más en nuestra sociedad debido al aumento de grasas en su dieta en detrimento de los hidratos de carbono y una mayor vida sedentaria, y aunque no se clasifica como un trastorno psiquiátrico, se ve como un trastorno médico y una enfermedad crónica que va acompañada de múltiples complicaciones por los riesgos que trae para la salud según el IMC o de Quetelet.

Desarrollamos las etapas infantiles de la enfermedad, las claves de obesidad, causas, problemas, características de los obesos y terapia: principios básicos del tratamiento y factores de riesgo que hay que modificar en el niño y en los adultos.

*Vigorexia* o la obsesión por ganar músculo en los varones o complejo de Adonis como lo bautizó Pope (1993). Viene como consecución de una insatisfacción por el físico y en la Tabla 2.29 (pág. 81) exponemos las características de ella. El tratamiento que hay que seguir con estas personas afectadas debe ser de carácter multidisciplinar al mismo tiempo que estén unidas a un entorno afectivo. Las secuelas que se pueden seguir pueden ocasionarles muchos trastornos metabólicos, no deben abusar del sobreentrenamiento evitando al mismo tiempo los anabolizantes que acarrear grandes problemas para la salud.

*Ortorexia* o la obsesión y preocupación extremas de las personas para comer lo más sano posible. Actualmente no está recogida como una enfermedad por parte de la OMS.

El comer sano es natural y conveniente, pero evitando la obsesión que les lleva a angustiarse hasta el extremo de preocuparse por la preparación de la comida y los recipientes usados en su elaboración. Las personas muy estrictas y exigentes consigo mismas presentan más riesgo de padecerla y las que tienen comportamientos obsesivo-compulsivos y están predispuestas genéticamente a ello, incidiendo en aquellas personas que gozan de un elevado nivel socioeconómico.

El último apartado de este capítulo son los TCA en los adolescentes y jóvenes.

---

## **CAPITULO III. LA ALEXITIMIA EN LOS ADOLESCENTES**

---

### 3.1.- CONCEPTUALIZACIÓN

Según Otero (1999), la aparición del constructo alexitimia fue consecuencia de observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes con alguna de las siete enfermedades psicósomáticas clásicas. Para algunos teóricos del psicoanálisis, Alexander (1950) o Dunbar (1954), cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, lo hacen a través del canal somático.

Ruesch (1948) describe un tipo de personalidad psicósomática que llamó "Personalidad Infantil". Estos sujetos, con una detención en el desarrollo, tienen dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos. Mclean (1949), apoyándose en un modelo anatómico, afirma que las emociones en vez de transmitirse al neocórtex, donde encontrarían una expresión simbólica mediada por las palabras, se descargan directamente a través del sistema nervioso autónomo traducándose en un tipo de "lenguaje de órganos" (Otero 1999).

Peter Sifneos usó por primera vez el término de alexitimia en 1967 en su conferencia: "Clinical observations on some patients suffering from variety of psychosomatic diseases"; in Antonelli Proc. 7th European Conference on Psychosomatic Research, Rome. Acta Med. Psychosom., pp. 1-10, después de entrevistar a pacientes psicósomáticos en el Hospital General de Massachussets que tenían una gran incapacidad para encontrar palabras apropiadas para describir los sentimientos. Sus investigaciones y las de otros (como Shands, 1975; Taylor, Doody, & Newman, 1991; van Rad, Lalucat, & Lolas, 1977) demostraron que los pacientes enfermos somáticamente tienen un estilo cognitivo afectivo que es notablemente diferente de los pacientes "neuróticos".

El término de alexitimia, tomado del griego, significa "a": sin; "lexis": palabra y "thimos": afecto, sentimiento, es decir, sin palabras para expresar los

afectos, los sentimientos, o bien personas que son o se sienten incapaces de manifestar o describir sus sentimientos.

Cuando nombramos algo, es porque lo reconocemos, y cuando a algo le ponemos nombre sin saber realmente lo que es, le asignamos un nombre para saber a qué nos referimos; por ejemplo ovni: "objeto volador no identificado", estamos diciendo que es algo que no sabemos lo que es, pero sin embargo, a través de la palabra sabemos a qué nos referimos cuando lo nombramos y nos hacemos una imagen de lo que es el objeto y de lo que representa. De ahí que se establezcan hipótesis para ir trabajando y avanzando hasta saber qué son realmente las cosas, por tanto, "poner nombres no significa que lo nombrado exista en realidad. En el ejercicio científico suele llamarse constructo a un concepto descriptivo o explicativo de un fenómeno o proceso cuya naturaleza o mera existencia no había sido identificada ni dilucidada con antelación, y que con frecuencia forma parte de hipótesis más amplias" (Fernández, 2004), por lo que decimos que "la alexitimia es un constructo desarrollado a partir de la observación clínica de personas que muestran incapacidad para identificar en sí mismas el componente afectivo de las emociones, y por tanto incapacidad de expresarlas verbalmente" (Fernández, 2004).

O como decían (Martín y Pihl, 1985; Martínez- Sánchez y Fernández Castro, 1994; Berenbaum y Prince, 1994; Roedema y Simons, 1999; Suslow, 1998) han propuesto la consideración de la alexitimia como un trastorno específico del procesamiento de información emocional, manifestado mediante una marcada dificultad para procesar información de carácter afectivo, que provoca que las emociones se mantengan parcialmente indiferenciadas y pobremente reguladas (Taylor, Bagby y Parker, 1997).

Recientemente han sido validadas experimentalmente algunas de las premisas sobre las que se asienta esta hipótesis, entre las que destacan: 1) Dificultad para procesar información afectiva de carácter no lingüístico (Bradshaw, 1989; Dewaraja y Sasaki, 1990), tales como expresiones faciales emocionales (McDonald y Prkachin, 1990; Mandal y Singh, 1990; Jessimer y Markham, 1997); 2) Dificultad para discriminar entre distintos estados emocionales en tareas que implican el uso de descriptores verbales (Bagby, Parker, Taylor y Acklin, 1993; Lamberty y Holt, 1995); 3) Patrones atencionales

específicos de la información emocional (Martínez Sánchez y Marín, 1997); 4) Procesamiento no simbólico de la información visual (Montreuil y Jouvent, 1989; Montreuil, Jouvent, Carton, Bungener y Widlocher, 1991); 5) Dificultades en la propiocepción visceral de las manifestaciones fisiológicas asociadas a la activación emocional (Martínez-Sánchez, Ortiz y Ato, 2001; Näring y van der Staak, 1995; Sachse, 1994); y 6) Patrones específicos de activación en respuesta a estímulos afectivos (Berembaum y Prince, 1994; Parker, Taylor y Bagby, 1993; Silberman y Weingartner, 1986).

Veíamos que Sifneos, en un principio, a las personas alexitímicas las identificó con pacientes que sufrían trastornos psicósomáticos, pero en el transcurso de los años se las ha relacionado con dependencia a sustancias, con trastornos de conducta alimentaria, personalidad antisocial y trastorno por estrés postraumático (Fernández, 2004).

Las características principales de un individuo alexitímico subyacen en su discurso, que contiene muy pocas referencias a las experiencias afectivas y numerosas referencias a los verdaderos aspectos de vida actual. Este último rasgo generalmente se describe como "el pensamiento operatorio", un concepto creado por dos psicoanalistas franceses, Marty y De M'Uzan (1963), para designar una realidad básica de pensar. Tienen dificultades los individuos de alexitimia para identificar y traducir sus emociones en palabras. El uso de la estructura de la alexitimia se extendió más ampliamente siguiendo la Conferencia Internacional Psicósomática en Heidelberg (1976), donde el tema central era la alexitimia. La investigación posterior encontró que la estructura de la alexitimia no estaba limitada a las enfermedades psicósomáticas, y muchas observaciones mostraron que se encontraba presente en diferentes enfermedades orgánicas y psiquiátricas. A finales de los setenta y principios de los ochenta la restricción principal para el uso práctico del concepto era la ausencia de un método válido para evaluar simplemente la estructura bastante compleja de la alexitimia.

Hoy día, la alexitimia se conceptúa como un déficit en el componente cognoscitivo-experiencial como respuesta al sistema de emociones (el conocimiento subjetivo y la respuesta verbal a los sentimientos), y en la regulación interpersonal de las emociones. Varios autores han atribuido la

alexitimia al retraso del desarrollo de los afectos durante la niñez temprana (Taylor, 2000).

Hay que subrayar que en las clasificaciones psiquiátricas no aparece la alexitimia, y no es un constructo generalmente aceptado, pero ha demostrado tener valor heurístico, ya que ha dado y sigue dando lugar a numerosas investigaciones (Fernández, 2004).

### **a) Características de la Alexitimia**

Las características clínicas del constructo alexitimia se van formulando a medida que van coincidiendo distintas investigaciones con los primeros datos empíricos y observacionales (Vonrad y cols., 1977; Vogt, R. 1977, Apfel, R.J. y cols., 1979). Taylor y cols. (1991), basándose en otras revisiones (Nemiah, J.C. 1977; Lesser, I.M. 1981), resumen las características alexitímicas más sobresalientes:

- Dificultad para identificar y describir sentimientos.
- Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la actividad emocional.
- Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías.
- Estilo cognitivo orientado al exterior (Otero, 1999).

Estas características se deberían a un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones (Krystal, 1988; Lane y Schwartz, 1987). Marty y De M'Uzan (1963) planteaban que los pacientes psicósomáticos padecían una "depresión esencial" ligada a una desvaloración personal que les llevaba a no tener una vida propia de sentimientos y fantasía, y por ello se centraban en síntomas físicos y en acontecimientos externos (Espina y cols. 2001).

O como diversos autores sostienen que los rasgos o características alexitímicas tienen un destacado papel en la génesis y/o mantenimiento de los síntomas psicósomáticos, ya que la alexitimia puede considerarse como factor iniciador y/o mantenedor del trastorno, además de factor pronóstico en la evolución de diversas enfermedades crónicas (Klieger y Kinsman, 1980), así como factor pronóstico de mala respuesta terapéutica (Krystal, 1979).

La Alexitimia está positivamente relacionada con el neuroticismo y la depresión (Hendryx MS, y cols. 1991; Luminet O, y cols. 1999; Pandey R, y cols. 1996; Wise NL, y cols. 1992; Schiattino I, y cols. 1998); ansiedad (Bagby RM, y cols. 1998; Cochrane CE, cols.1993; Martínez-Sánchez F, cols. 1996); psicoticismo, Schiattino I, y cols. (1998); e introversión Pandey R, y cols. (1996); Wise NL, y cols. (1992); y negativamente con la extroversión y sociabilidad (Luminet O, y cols. 1999; Pandey R, y cols 1996; Parker JDA, y cols. 1989; Parker JDA, Bagby RM, y cols. 1989).

Varios autores han relacionado la alexitimia con una inadecuada educación en la niñez (Taylor GJ, y cols. 1991; Corcos M, y cols. 1998; Ende, R.N. 1988; Fukunishi I. 1998; Stern D.N. 1984; Taylor GJ. 1987; Trichilo DL. 1998). Dahlman (1996) encuentra que las madres de hijas con Desórdenes Alimenticios (DA) eran más alexitímicas que las madres de hijas del grupo sin la patología. Ellas distinguían menos las emociones y sus familias eran más conflictivas. Onnis y Di Genaro (1987), siguiendo la descripción hecha por Minuchin y cols., (1978) sobre las familias "psicosomátogénicas", perfilaron que la alexitimia, más que de un problema individual, es el síntoma de una familia que evita los conflictos y las tensiones emocionales. Estos autores sugirieron que las dificultades para expresar las experiencias emocionales verbalmente son debidas al bloqueo de las emociones en estas familias para evitar los conflictos y mantener el mito "de armonía". El síntoma somático sería el idioma de la familia entera. Según el estudio llevado a cabo por Humphrey (1988), las familias de los bulímicos, por un lado, eran hostiles, aisladas e impulsivas, y los padres, por otro lado, no eran empáticos y presentaban un déficit en el parentesco. En las familias de anoréxicos bulímicos, estos rasgos eran menos acusados mientras que en los padres de los anoréxicos restrictivos eran más positivos.

## **b) Tipos de Alexitimia**

Según (Taylor, Bagby y Parker, 1993; Horton, Gewirtz y Kreutter, 1992), la **Alexitimia** puede ser **primaria**, que es de origen predominantemente biológico. Sería una disposición personal, cognitivo-psicológica, hacia la enfermedad psicósomática. La alexitimia primaria se considera un rasgo estable de la personalidad, el sujeto siempre ha sido así desde niño, y se relaciona

etiológicamente con déficits neurológicos tales como una insuficiente conexión interhemisférica o alteraciones de los circuitos neuronales de feedback entre el neocortex frontal y el sistema límbico (Houtveen, Bermond y Elton, 1997); y **secundaria** se considera un estado emocional transitorio de carácter reactivo, ante una situación estresante o traumática, sobre la cual la persona no tiene control, como enfermedades de tipo grave, el cáncer, violaciones, secuestros, acciones de guerra, inmigración, etc. (Wise y cols., 1990), considerándose al mismo tiempo, el incremento de la alexitimia, una reacción defensiva frente a los afectos negativos desbordantes sentidos como inmanejables (Myers, 1995), (Rodríguez del Á., A., y cols., 2003).

La alexitimia es así mismo modulada por factores socioculturales: la cultura oriental (China, Japón) favorece la alexitimia frente a la cultura occidental (EE.UU, Europa) (Páez y Casullo, 2000); los hombres educados en modelos tradicionales sexistas son mas alexitímicos que las mujeres (Fischer y Good, 1997); y hoy día van surgiendo datos que permiten inferir que la alexitimia es, cuando menos parcialmente, un valor familiar transmitible (Espina, Ortego, Ochoa y Alemán, 2001): los hijos de padres alexitímicos que sobrevaloran la alexitimia muestran una personalidad más acentuada en este rasgo que los hijos de familias donde el control emocional no se valora tanto.

### **3.2.- EVALUACIÓN**

#### **3.2.1. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS)**

La alexitimia es un constructo hipotético de difícil evaluación. Desde la década de los setenta se han desarrollado numerosos instrumentos de medida, desde los basados en medidas obtenidas mediante la observación conductual durante la entrevista clínica, pasando por tests proyectivos, análisis de contenidos, hasta cuestionarios y escalas que a continuación exponemos en los cuadros 1 y 2.

**Cuadro 1:** Instrumentos de evaluación de la alexitimia

(Tomado de la Tesis de Silvia Fdez. Rivas, 2001, y completado)

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS			
INSTRUMENTO	AUTORES	AÑO	ITEMS
APQR	Cristal, Giller y Cicchetti	1986	17
TEST PROYECTIVOS			
INSTRUMENTO	AUTORES	AÑO	ITEMS
SAT-9	Demers-Desrosiers	1982	
SAT-9	Cohen, Auld y Demers	1985	
TAT	Murray	1981	30
Rorschach	Rorschach	1921	
IAR	Paulson	1985	
IAR	Retamales	1988	
ANÁLISIS DE CONTENIDO			
INSTRUMENTO	AUTORES	AÑO	ITEMS
Análisis de contenido	Gottschalk, Lolas y Viney	1986	
CUESTIONARIOS Y ESCALAS			
BIQ	Sífneos	1973	17
SSPS	Sífneos y Apfel	1979	21
Revisión del SSPS	Sífneos	1986	
MMPI-AS	Kleiger y Kinsman	1980	22
Escala del MMPI	Shipko y Noviello	1984	20
Escala Alexitímica de Noël	Noël	1989	12
IASEDI	Garner, Olmsted y Polivy	1983	10
TAS	Taylor, Ryan y Bagby	1985	26
TAS-20	Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz	1998	20
Adapt. Esp. TAS-20	Martínez Sánchez	1996	20

**Cuadro 2:** Instrumentos de evaluación de la alexitimia: Descripción  
(Tomado de la Tesis de Silvia Fdez. Rivas, 2001, y completado)

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS	
INSTRUMENTO	OBJETO DE ESTUDIO
APQR	Capacidad para usar un lenguaje afectivo.
TEST PROYECTIVOS	
INSTRUMENTO	OBJETO DE ESTUDIO
SAT-9	Función simbólica.
TAT	Capacidad de fantasear y expresar emociones.
Rorschach	Elaboración interna y demora de impulsos.
ANÁLISIS DE CONTENIDO	
INSTRUMENTO	OBJETO DE ESTUDIO
Análisis de contenido.	Contenido del lenguaje verbal.
CUESTIONARIOS Y ESCALAS	
INSTRUMENTO	OBJETO DE ESTUDIO
BIQ	Características alexitímicas.
SSPS	Presencia o no de enfermedades psicosomáticas, abuso de drogas, alcohol e historia de psicosis.
MMPI-AS	Analiza las características de personalidad de la alexitimia.
Escala del MMPI	Características de personalidad de la alexitimia.
Escala Alexitímica de Noël	Dificultad en verbalizar emociones, pensamiento operatorio y pobreza de fantasías.
IASEDI	Determinar características alexitímicas en pacientes con anorexia y bulimia.
TAS	Dimensiones de la definición de alexitimia:
	a) Dificultad para describir sentimientos.
	b) Limitaciones de las aptitudes introspectivas.
	c) Conformismo social.
	d) Dificultad para diferenciar sensaciones corporales.
Adapt. Esp. TAS-20	e) Pobreza de fantasía.
	Dimensiones de la definición de alexitimia.
	a) Puntuación total.
	b) Dificultad para Identificar Sentimientos.
	c) Dificultad para Describir Sentimientos.
d) Pensamiento orientado a lo externo.	

De todos los instrumentos que podríamos utilizar para medir la Alexitimia en los adolescentes gallegos, hemos elegido la adaptación española de Martínez Sánchez (1996) (TAS-20), que en un principio fue elaborada por Taylor, Ryan y Bagby (1985) (TAS-26), que proveyó de una solución a este problema. Esta escala de autoinforme validada bien, era rápidamente adoptada como un instrumento fiable y es ahora la más aceptada como la manera de evaluar la alexitimia. La medida del informe es un método fácil para dirigir las muestras grandes de los estudios epidemiológicos. Con la TAS se encuentra un importante número de la población general en las proporciones del alexitímico (que varía de 8 al 20%). A pesar de algunos defectos en la escala (sobre todo su sensibilidad a la ansiedad) eso no implica que la alexitimia no sea un constructo no específico a la patología y no pueda ser aplicable la escala para investigar sobre las diferencias individuales en el estilo emocional.

**Cuadro 3:** Estructura factorial de la TAS-20, según Martínez- Sánchez (1996)

ITEM	FORMULACIÓN	F I	F II	F III
	<b>Dificultad para Identificar Sentimientos</b>			
1	A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.	,653	,140	,012
3	Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden.	,478	,040	,004
6	Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	,572	,040	,004
7	A menudo estoy hecho un lío con las sensaciones que noto en mi cuerpo.	,769	,034	-,034
9	Tengo sentimientos que no puedo identificar.	,673	,208	-,047
13	No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí.	,743	,239	,059
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado.	,507	,206	,220
	<b>Dificultad para Describir Sentimientos</b>			
2	Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.	,294	,714	,088
4*	Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.	,100	,759	,053
11	Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente.	,268	,588	,119
12	La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos.	,278	,529	-,118
17	Me es difícil revelar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos.	,117	,658	,019
	<b>Patrón de Pensamiento Orientado a lo Externo</b>			
5*	Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos.	,119	-,173	,458
8	Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido así.	,213	,098	,356
10*	Es esencial estar en contacto con la gente y sentir emociones y sentimientos.	,069	-,054	,511

15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.	-,282	,322	,450
16	Prefiero ver programas de TV de entretenimiento en vez de dramas psicológicos.	-,156	,111	,399
18*	Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, incluso en momentos de silencio.	,010	,052	,644
19*	Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas.	,084	,037	,711
20	Buscar el significado oculto de las películas distrae de la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente.	,210	,110	,348
	<b>Eigenvalor</b>	<b>4,411</b>	<b>1,954</b>	<b>1,434</b>
	<b>Varianza Explicada</b>	<b>3,315</b>	<b>2,593</b>	<b>1,991</b>
	<b>Varianza Explicada (%)</b>	<b>16,577</b>	<b>12,965</b>	<b>9,957</b>

\* Se valoran de manera inversa.

En la última década se han publicado numerosas investigaciones (Bagby, Parker y Taylor, 1994; Beales y Dolton, 2000; Bourke, Taylor y Parker, 1992; Cochrane, Brewerton, Wilson, Hodges, 1993; Corcos, Guilbaud, Speranza, Paterniti, Loas, Stephan y Jeammet, 2000; De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Guilbaud, Corcos, Chambry, Paterniti, Flament y Jeammet, 1999; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino y Sifneos, 1994; Laquatra y Clopton, 1994; Lolas, Schiattino, Jara, Larraguibel y Liberman, 1999; Rastam, Gillberg, Gillberg y Johansson, 1997; Schmit, Jiwany y Treasure, 1993; Sexton, Sunday, Hurt y Halmi, 1998; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996; Troop, Schmidt y Treasure, 1995) sobre la presencia de características de alexitimia en sujetos con Trastornos del comportamiento alimentario a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20, Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1998; Adaptación española Martínez-Sánchez, (1996).

Las puntuaciones elevadas de la TAS (Bagby, Parker, & Taylor, 1994) en sus diferentes versiones, los estudios empíricos aportaron que las proporciones de alexitimia van desde el 22.9 al 77.1% para los pacientes con anorexia nerviosa y desde el 32.3 al 56% para los pacientes con bulimia nerviosa (Bourke, Taylor, Parker, & Bagby, 1992,; Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993,; Troop, Schmidt, & Treasure, 1995); (Cochrane, Brewerton, Wilson, & Hodges, 1993; Corcos et al., 2000; Rastam, Gillberg, Gillberg & Johansson, 1997; de Groot, Rodin, & Olmstead, 1995,; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino, & Sifneos, 1994; Schmidt et al., 1993; Troop et al., 1995; Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996).

La TAS-20 fue criticada por Sifneos (1996) por su representación inadecuada de la estructura del constructo alexitimia: él nota la desaparición de la dimensión “la Pobreza de Soñar”, un rasgo importante de la estructura del alexitímico que estaba incluido en la versión de 26-ítems. Otro defecto que también puede mencionarse es la falta de homogeneidad para artículos que investigan la dimensión del “Pensamiento Operativo” (la correlación media entre ítems 0.13 y el alfa de Cronbach’s = 0.46 en la validación por Ritz).

### **3.2.2. Otros Instrumentos de Evaluación de la Alexitimia**

#### **A) Entrevistas Estructuradas**

##### **a) Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ)**

Es una entrevista estructurada diseñada por Krystal, Ciller y Cichetti (1986). Consta de 17 preguntas que tienen el propósito de evaluar la capacidad de un sujeto para usar un lenguaje afectivo a través de técnicas de inoculación de estrés. Correlaciona significativamente con el Beth Israel Psychosomatic Questionnaire, BIQ, ( $r = .72$ ), pero no con el MMPI Alexithymia Scale (MM PI-AS), ni con el Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS).

#### **B) Técnicas Proyectivas**

##### **a) Test Arquetípico de los 9 elementos (SAT-9)**

Es uno de los tests proyectivos más utilizados y fue introducido por Demers-Desrosiers (1982, 1985). Consiste en una prueba grafoproyectiva con la que se intenta estudiar la función simbólica en sujetos alexitímicos. El sujeto tiene que construir un dibujo uniendo nueve elementos simbólicos y después narrar un breve relato explicativo del dibujo. Los sujetos alexitímicos presentan dificultades para construir el relato, y a medida que aumentan los niveles de alexitimia éstos van perdiendo su originalidad y cohesión.

##### **b) Thematic Apperception Test (TAT)**

El TAT se enmarca dentro de las técnicas temáticas proyectivas que pretende la producción verbal de un relato a través de un material estimular visual, más o menos estructurado, preferentemente de contenido humano y

carente de la neutralidad temática que se da en las técnicas estructurales (Rorschach). El sujeto tiene como tarea estructurar unos estímulos ambiguos y narrar una historia. El TAT consta de 30 láminas que varían en su grado de ambigüedad, que va desde el realismo fotográfico de algunas escenas hasta la neutralidad de una lámina completamente blanca.

Algunas de las formas del TAT han sido utilizadas para medir la capacidad de fantasear y de expresar las emociones del sujeto (Taylor, 1984).

### **c) Test de Rorschach**

Otra de las pruebas proyectivas más utilizadas en la evaluación de la alexitimia es la de Rorschach, que encuadramos dentro de las denominadas técnicas estructurales. La hipótesis proyectiva básica es que el sujeto, al imponer estructuración a un material semiestructurado, refleja características más o menos estables de su personalidad.

Retamales (1986) utiliza esta prueba en un estudio comparativo de enfermos psicósomáticos y encuentra cómo éstos presentan dificultades en la elaboración de conceptos complejos, al igual que una escasa capacidad de elaboración interna y demora de los impulsos.

También, Acklin y Bernat (1987) emplearon el Rorschach para investigar las relaciones entre depresión, alexitimia y dolor lumbar crónico.

### **C) Análisis de Contenido**

Otro método ampliamente utilizado en este campo es el análisis de contenido de Gottschalk, Lolas y Viney (1986).

Estudios que han utilizado este método encuentran diferencias significativas en la expresión de sentimientos (ansiedad y hostilidad) entre enfermos psicósomáticos y psiconeuróticos en las muestras interactivas, pero no en las monádicas.

Asimismo, Doody y Taylor (1982) encuentran diferencias en las muestras monádicas al emplear la Técnica Affect Vocabulary Scores, AVS, consistente en un análisis lexical donde se computan las palabras afectivas empleadas por el sujeto. La crítica que se ha hecho a este método es que los resultados que se obtienen se hallan influenciados tanto por factores situacionales del momento de la recogida como por parámetros socioculturales o por el propio sistema de medida. Asimismo, se debe tener en cuenta que aplicar este método, al igual que los proyectivos, presenta ciertas dificultades ya que son muy costosos, llevan mucho tiempo, son de difícil corrección y realización, etc., lo que hace que sean poco prácticos (Cerezo, García-Moja, de la Gándara y Hernández, 1988; Páez y Velasco, 1993).

#### **D) Cuestionarios y Escalas**

Se realiza una descripción de los principales cuestionarios para medir el concepto con el objetivo de analizar la tendencia con estas técnicas. El énfasis de la investigación, como puede apreciarse, ha ido creciente y polarizado en esta metodología.

##### **a) Beth Israel Psychosomatic Questionnaire (BIQ)**

El BIQ es uno de los instrumentos más utilizados para medir características alexitímicas (Ayuso, 1993; Buchanan, Waterhouse y West, 1980; Demers-Desrosiers, Cohen y Catchlove, 1983; Federman y Mohns, 1984; Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994; Heiberg, 1977; Pierloot y Vinck, 1977; Smith, 1983). Se trata de una escala elaborada por Sifneos (1973) a partir de una lista de características típicas del trastorno alexitímico. Está formada por 17 ítems de elección forzada, afirmativa o negativa. Es el evaluador quien cumplimenta la escala tras haber realizado una entrevista con el paciente. Un problema que presenta este método es que su aplicación y evaluación lleva mucho tiempo lo que dificulta su aplicación a grupos amplios. En cuanto a la validez del instrumento, no hay mucho acuerdo.

Según Schneider (1977) no estaba claro si lo que medía el BIQ era realmente la aptitud del paciente para expresar sus emociones, o si por el contrario, lo que medía era la capacidad del terapeuta para hacer emerger

dichas emociones. Por esta razón se construyeron posteriormente otros instrumentos de medida de la alexitimia.

#### **b) Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS)**

Es una escala autoaplicada elaborada por Sifneos y Apfel (1979) compuesta por 21 ítems en una escala tipo likert de cuatro valores según el grado de presencia del ítem. El sujeto debe contestar acerca de sí mismo y de una lista que recoge la presencia de enfermedades psicosomáticas, abuso de drogas, alcohol e historia de psicosis. El punto de corte de la alexitimia se encuentra en 60 de una puntuación total que puede llegar hasta 80. Supera los problemas de la escala anterior ya que ésta es más corta de contenidos cognitivos, con ítems fáciles de contestar y con mínimas contaminaciones socioculturales (Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994; Martín, Phil y Dobkin, 1984).

Los diversos trabajos realizados para probar la validez y fiabilidad de esta escala muestran resultados no muy consistentes.

#### **d) MMPI Alexithymia Scale (MMPI-AS)**

Elaborada por Kleiger y Kinsman en 1980 a partir de la administración del MMPI a grupos de sujetos que habían sido categorizados mediante las puntuaciones obtenidas en el BIQ, está constituida por 22 ítems que correlacionan significativamente ( $r = .66$ ) con las puntuaciones de la alexitimia en el BIQ. Estudios posteriores (Demers-Desrosiers, Cohen, Catchlove, 1983; Federman y Mohns, 1984; Krystal, Giller y Cicchetti, 1986; Paulson, 1985; (Postone, 1986) analizan las relaciones entre el BIQ y el MMPI-AS, encontrándose sólo correlaciones significativas en el estudio de Postone, de ahí que se critique como instrumento de evaluación de la alexitimia. También ha sido criticada por no darse correlación ni con la capacidad de expresión verbal de las emociones, ni con la capacidad de fantasear ambos elementos definitorios del constructo alexitimia (Ayuso, 1993; Doody y Taylor, 1983; Noel y Rimé, 1988).

**e) Escala MMPI de Shipko y Noviello (1984)**

Fue elaborada en 1984 por Shipko y Noviello. Es una subescala del MMPI basada en el SSPS. Consta de 20 ítems seleccionados a partir del MMPI. Las subescalas empleadas son: hipocondriasis (19), depresión (2), histeria (3), desviación psicopática (4), paranoia (6), psicastenia (7), esquizofrenia (8), manía (9) e introversión social (0). Esta escala tiene una correlación negativa con el BIQ, y según un estudio reciente de Bomstein y O'Neill (1993) se da una correlación negativa con el MMPI-AS. Así pues, se cuestiona su validez como medida de la alexitimia.

**f) Escala de Alexitimia de Nôel (1989)**

Consta de 12 ítems elaborados a partir de los tres elementos que componen la definición de alexitimia (Nôel, 1989). Cada ítem dispone de cinco categorías que oscilan entre el 1 (totalmente falsa) y el 5 (muy verdadera). Se han extraído tres factores que explican el 45% de la varianza: dificultad en verbalizar las emociones o de traducir en palabras los sentimientos, pensamiento operatorio y pobreza de fantasías (de la Vía, Echebarría, Yarnoz y Páez, 1989). Por todo ello, y teniendo presente que la fiabilidad es de 0,51, podemos decir que esta escala presenta un bajo índice de fiabilidad y una escasa validez estructural (Páez y Velasco, 1993).

**g) Interoceptive Awareness Subscale of Eating Disorders Inventory (IASEDI)**

Esta escala elaborada por el grupo de Garner (Páez y Velasco, 1993) deriva del inventario de trastornos de la alimentación elaborado por los mismos autores (Garner y cols., 1983). Es una escala autoaplicada que consta de 10 ítems con seis posibilidades de respuesta. Evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y la desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se han descrito con frecuencia como factores importantes en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de anorexia y bulimia (Garner y Bennis, 1985).

Selvini-Palazzoli (1974) acuñó el término "paranoia intrapsíquica" para definir la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen con sus estados internos. Tiene validez y fiabilidad aceptables y ha sido utilizada para determinar características alexitímicas en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia (Ayuso, 1993).

### **3.3. ALEXITIMIA Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

Bruch (1962, 1973, 1982) sugirió que la dificultad para distinguir y describir los sentimientos es el déficit principal de los trastornos alimenticios (TA), relacionado con una sensación general de incompetencia y una falta de control sobre la propia vida. Las sugerencias siguientes de Bruch, Taylor, Bagby, y Parker (1997) conceptuaron los trastornos alimenticios (TA) como la regulación de los afectos desordenados.

Taylor y cols. (1996) declararon que los trastornos alimenticios aparecen como un déficit en el proceso cognoscitivo de las emociones, pero no en el estilo cognoscitivo operacional, sugiriendo que la falta de relaciones de pacientes anoréxicos podría ser debida a la alexitimia. La alexitimia está asociada con la desconfianza interpersonal, ineficacia, y falta de conocimiento introyectivo en los TA, pero no está relacionada con que impulsara a la delgadez y al descontento con el cuerpo. Por otro lado, podría ser penoso intentar regular la inanición, la hiperactividad, el exceso de comida (atracones), y diferenciar los estados emocionales en estos pacientes (Taylor y cols. 1997).

En los grupos no clínicos, la incidencia de alexitimia varía desde el 0% (Jimerson, Wolfe, Franko, Covino, & Sifneos, 1994) hasta el 28% (Guilbaud y cols. 2002). Los niveles más altos se encuentran en muchas condiciones físicas, por ejemplo la hipertensión (55%; Todarello, Taylor, Parker, & Fanelli, 1995), en el alcohol y la dependencia de la droga (58% y 43%; Guilbaud y cols. 2002), y en pacientes de psiquiatría (por ejemplo, 33%, Todarello y cols. 1995).

Varios estudios han mostrado una incidencia aun más alta de alexitimia en los trastornos alimenticios (ver Eizaguirre, de Cabezón, de Alda, Olariaga, & Juaniz, 2004). En la anorexia nerviosa, estiman el rango desde el 23% al 77%, y en la bulimia nerviosa desde el 51% al 83%. Otros estudios nos han dado datos

de proporciones elevadas de alexitimia en anoréxicos (Bourke y cols. 1992; Schmidt y cols. 1993), así como en los pacientes de bulimia (Cochrane y cols. 1993; DeGroot y cols. 1995). La mayoría de estos estudios muestran globalmente que los pacientes anoréxicos son más alexitímicos comparados con los bulímicos (Cochrane y cols. 1993), pero los datos todavía están chocando con que las diferencias no son siempre significativas (Schmidt y cols. 1993).

### **3.3.1. Alexitimia, Anorexia, Bulimia, Atracones y Obesidad**

Entre las características de alexitimia, la dificultad para distinguir los estados emocionales de las sensaciones corporales ha sido notada particularmente en los pacientes con anorexia nerviosa (Andersen, 1988; Bruch, 1973; Garner & Garfinkel, 1982). Las descripciones clínicas de los pacientes con bulimia nerviosa han constatado que estos pacientes también tienen dificultad para identificar los estados emocionales asociados desde el principio a las conductas bulímicas (Davis & Marsh, 1986; Goodsitt, 1983). La subescala de Conocimiento Interobjetivo del Inventario de Desorden Alimenticio (IDA) que coincide conceptualmente con la alexitimia, está elevada en pacientes con anorexia y bulimia comparados a los sujetos del grupo de control (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983).

Se encuentran resultados menos consistentes cuando el nivel de alexitimia se compara entre grupos de desórdenes alimenticios, y los síntomas reflejan patologías severas de alimentación correlacionadas con la alexitimia. Un estudio encontró que los anoréxicos restrictivos tenían los niveles de alexitimia más altos que los bulímicos (Schmidt y cols., 1993), aunque otros estudios no hallaron tal diferencia (Cochrane y cols., 1993; Troop y cols., 1995). Tres estudios no encontraron ninguna relación entre los síntomas severos de desórdenes alimenticios y el nivel de alexitimia (el Bourke y cols., 1992; Cochrane y cols., 1993; Jimerson y cols., 1994). Sin embargo, un estudio dio con una relación positiva entre la purga frecuente y la alexitimia (de Groot y cols., 1995), y otro encontró una relación positiva entre la frecuencia de los atracones y las puntuaciones más altas de alexitimia (Schmidt y cols., 1993).

Según Mark C Sexton y cols, (1996), la Puntuación Total de Alexitimia de la TAS, la Dificultad para Identificar los Sentimientos, las Sensaciones

Corporales y la Dificultad para Expresar los Sentimientos a Otros era más alta para los tres grupos de desórdenes alimenticios en la admisión de estos pacientes que para los grupos de control. Estos resultados son similares a los aportados por Troop y cols. (1995). En los pacientes con las puntuaciones más altas de alexitimia, éstas eran principalmente debidas a los niveles más altos de depresión presentes en ellos. Después de controlar la depresión, las puntuaciones AN-R permanecieron más altas en la puntuación Total comparada a los grupos de control y superior en el factor Dificultad para Expresar los sentimientos a Otros comparados a los grupos de control y BN.

Estudios de Groot y cols., (1995) informaron que los niveles de alexitimia son más altos para los bulímicos comparados con los grupos de control y van disminuyendo a lo largo del tratamiento, pero cuando fue controlada la depresión estas diferencias no eran más significativas.

Los anoréxicos tienden a ser emocionalmente menos expresivos (Casper, 1990) y tenían puntuaciones más altas de alexitimia comparadas a los bulímicos (Schmidt y cols., 1993).

En el estudio de Sexton, M. C. y cols., (1996), el nivel de depresión fue la variable más predictiva en la puntuación Total, seguida por el Rechazo de desórdenes de la personalidad. Para el factor de la Dificultad para Identificar los Sentimientos y las sensaciones de Depresión Corporal era de nuevo la mayor variable predictiva. Sin embargo, para la Dificultad para expresar los Sentimientos a Otros, la presencia de ningún desorden de personalidad era la variable más predictiva. Estos resultados dan el apoyo adicional a ambos componentes del rasgo de alexitimia.

Uno de los pocos estudios que investigan los atracones entre las mujeres universitarias (Vanderlinden, Dalle Grave, Vandereycken, & Noorduin, 2001) encuentra que el 41% de las participantes informaron de atracones, y el 15% diariamente. Sin embargo, a pesar de estos datos, la investigación sugiere que los atracones, más propiamente, empiezan en la madurez temprana (por ejemplo, Mussell y cols., 1995). Algún estudio ha comprobado atracones dentro de las muestras de la universidad (Vanderlinden y cols., 2001; Womble y cols., 2001). Investigaciones adicionales entre los estudiantes universitarios podrían

llevar a la identificación más temprana de esta conducta que, a su vez, podría ayudar a prevenir la obesidad y los problemas de salud crónicos asociados con ella (Asociación Psiquiátrica Americana, 2000; Must y cols., 1999).

En particular, los afroamericanos tienen proporciones más altas de obesidad y llevan asociadas más complicaciones físicas que los caucásicos (por ejemplo, Melnyk & Weinstein, 1994; Pi-Sunyer, 2002). Comenzando en la edad temprana, los afroamericanos están probablemente con mayor sobrepeso que sus iguales caucásicos.

La evidencia preliminar sugiere que la tasa de atracones y DAA es similar entre los caucásicos y las afroamericanas (Cachelin, Veisel, Barzegarnazari, & Striegel-Moore, 2000; le Grange, Telch, & Agras, 1997; Mulholland & Mintz, 2001; Smith y cols., 1998). Varios autores han supuesto que las afroamericanas podrían ser particularmente susceptibles a los atracones debido a las diferencias culturales entre las afroamericanas y caucásicas en cuanto a la satisfacción de la imagen corporal (Cachelin y cols., 2000; Flegal y cols., 1998; Melnyk & Weinstein, 1994; Smolak & Striegel-Moore, 2001).

Específicamente, aunque las mujeres afroamericanas tienen mayor BMIs que sus colegas caucásicos (Cachelin y cols., 2000; Striegel-Moore, Schrieber, y cols., 2000; Striegel-Moore, Wilfley, y cols., 2000), ellos están generalmente más satisfechos con sus cuerpos (ej., Baskin, Ahluwalia, & Resnicow, 2001; Striegel-Moore, Schrieber, y cols., 2000). Esta aceptación de BMIs más alto puede disminuir el riesgo de las afroamericanas por los desórdenes alimenticios tales como la AN y BN, que se concentra en el logro de un cuerpo sumamente delgado. Recíprocamente, su riesgo de atracones de comida y los DAA puede ser mayor que el de las mujeres caucásicas (Cachelin y cols., 2000; Striegel-Moore, Schrieber, y cols., 2000).

Los hombres también han sido tradicionalmente poco investigados por los desórdenes alimenticios. Mientras las proporciones de AN y BN son mucho más bajas entre los hombres que entre las mujeres, la evidencia sugiere que los hombres y mujeres son igualmente vulnerables a los atracones y DAA (Barry, Grilo, & Masheb, 2002).

Johnson y cols., (2002) encuentran un predominio aun más alto de atracones alimenticios entre los muchachos que entre las muchachas en su muestra de caucásicos y adolescentes afroamericanos. Estos resultados mixtos pueden ser quizás atribuibles a las diferencias en la media de la edad de las muestras; no obstante, ellos resaltan la necesidad de una investigación adicional del predominio y de las correlaciones de los atracones de comida entre los varones.

Según el estudio de Karen S. M. y Suzanne E. M., (2004), los resultados eran acordes con la literatura anterior que ha encontrado asociaciones positivas entre la depresión, ansiedad, la alexitimia y desórdenes alimenticios (Antony y cols., 1994; Bulik y cols., 2002; de Zwaan y cols., 1995; Mazzeo & Espelage, 2002; Mussell y cols., 1995; Raymond y cols., 1995; Schmidt y cols., 1993; Sexton y cols., 1998; Smith y cols., 1998; Tanofsky y cols., 1997; Telch & Agras, 1994; Telch & Stice, 1998; Yanovski y cols., 1993). Además, que el estudio actual amplió esta literatura examinando un rango más amplio de desórdenes alimenticios, la sintomatología que se ha evaluado típicamente en el pasado, y usando una muestra étnicamente diversa de hombres y mujeres, viendo que la depresión, la ansiedad y la alexitimia eran importantes predictores en esta muestra de desórdenes alimenticios entre caucásicos y mujeres afroamericanas, pero no entre los hombres caucásicos, algo que contradice lo realizado por (Tanofsky y cols., 1997). Pero quizás es debido a que la muestra de Karen S. M. y Suzanne E. M., (2004), por un lado no era clínica y por otro era escaso el número de hombres caucásicos estudiados.

En el mismo estudio entre las mujeres, se encontraron diferencias notables entre las afroamericanas y caucásicas. La depresión era la única variable psicológica que contribuyó de modo independiente a la sintomatología de desórdenes alimenticios entre las mujeres caucásicas. Por contra, entre las mujeres afroamericanas, sólo la ansiedad tenía los únicos efectos significantes. Este hallazgo sugiere que pueda haber diferencias culturales importantes en las correlaciones de conductas de desórdenes alimenticios. Estas diferencias podrían ser atribuibles a las diferencias étnicas en la imagen del cuerpo. Por ejemplo, las mujeres caucásicas pueden experimentar síntomas de depresión como resultado de su fracaso percibido para reunir un ideal del cuerpo delgado poco realista, y por consiguiente desarrolla conductas de desórdenes

alimenticios para hacer frente a la depresión. Por contra, las mujeres afroamericanas están probablemente más satisfechas con sus cuerpos y no idealizan el tipo del cuerpo sumamente delgado valorado por muchas mujeres caucásicas (Baskin y cols., 2001; Striegel-Moore, Schrieber, y cols., 2000). Sin embargo, las mujeres afroamericanas se exponen a una tensión medioambiental mayor que las caucásicas debido a los factores raciales y de la discriminación. Varios estudios han encontrado que esa tensión racial está asociada con los resultados de salud negativos entre las afroamericanas (por ejemplo, vea Macera, Armstead, & Anderson, 2001, para una revisión). Los resultados del estudio actual mantienen con un poco de apoyo este eslabón entre la tensión y los resultados de salud negativos entre las mujeres afroamericanas, cuando la ansiedad era el único predictor significativo de los desórdenes alimenticios en este subgrupo. Sin embargo, la investigación adicional es necesaria para probar la asociación específicamente entre la tensión racial y los desórdenes alimenticios en las mujeres afroamericanas. Además, la investigación de moderadores potenciales o los mediadores de esta asociación también podrían informar de la prevención futura y los esfuerzos del tratamiento para este grupo tradicional no estudiado.

Ahora bien, concluyen Karen S. M. y Suzanne E. M., (2004), que este estudio debería ser reproducido en una muestra clínica, ya que es imposible determinar si la depresión, la ansiedad, y/o la alexitimia causan los atracones, o si estas formas del sufrimiento psicológico son una consecuencia de esta conducta, necesitándose datos longitudinales para evaluar el papel de la depresión y ansiedad en la etiología de la sintomatología de los atracones de comida.

### **3.3.2. Alexitimia, Emoción y Trastornos Alimenticios**

Desde el trabajo de Bruch, se ha reconocido la importancia de la emoción en los desórdenes alimenticios. Bruch (1962) defendió un acercamiento a la anorexia nerviosa que ayudó a los pacientes a volverse conscientes e identificar los estados internos, incluso las emociones. Sifneos (1973) identificó un modelo de déficit emocional común en los pacientes psicósomáticos, que coincide con la visión de Bruch.

Aparte de la alexitimia, la dificultad para expresar las emociones se ha relacionado con muchas enfermedades, incluyendo los desórdenes alimenticios (por ejemplo, Garfinkel y cols. 1983; Rybicki, Lepkowsky, & Arndt, 1989), aunque la relación no se ha encontrado de forma consistente. King y Emmons (1990) sostuvieron que una razón para esto es que no consiste en la falta de expresividad como tal, lo que es importante para el conflicto o la ambivalencia sobre la expresión de la emoción. Esta ambivalencia aparece a menudo como la falta de expresión, y resultado de la meta subyacente al conflicto; esto es conflictivo cuando es patológico.

La Desconfianza Interpersonal se debe relacionar con la dificultad para describir sentimientos y podría relacionarse con la ambivalencia sobre la expresión emocional, por la misma razón. Las personas con una Desconfianza Interpersonal alta suelen ser menos expresivas en las emociones íntimas y positivas. Así mismo hace pensar que la Inseguridad Social se debe relacionar con las dimensiones afectivas de alexitimia y con la ambivalencia sobre la expresión emocional, e inversamente con las expresiones de emoción. De una manera menos clara, la Ineficacia se debe asociar con la incertidumbre emocional, y por lo tanto está relacionado con la ambivalencia. Así mismo se puede relacionar con la dificultad para identificar los sentimientos. Sin embargo, los desórdenes alimenticios con frecuencia implican el bloqueo de los sentimientos (por ej. Lacey, 1986).

Según Stéphanie y cols. (2004), la Bulimia se relaciona positivamente con la Dificultad para Identificar Sentimientos, e inversamente está relacionada con la Dificultad para Describir los Sentimientos. Es decir, las personas altas en las actitudes bulímicas pueden identificar peor sus sentimientos emocionales, pero pueden describirlos bien. Esto puede reflejar la asociación de modo negativo (ej., depresión, la ansiedad, soledad) con el síntoma y síndrome de bulimia en mujeres del grupo clínico y no clínico (por ej., Meyer, Waller, & Waters, 1998). La naturaleza funcional de atracones puede bloquear estos estados emocionales negativos (por ejemplo, Heatherton & Baumeister, 1991; McManus & Waller, 1995), por lo tanto reflejan la dificultad en su identificación en lugar de la descripción.

Las características de Ascetismo aparecen asociadas de una manera semejante con la dificultad para identificar pero no para describir las emociones, y de nuevo podrían reflejar la naturaleza funcional de la bulimia (por ej., bloqueo, distracción, sustitución). Las características de Regulación de Impulsos (es decir, atolondramiento, autodestrucción, hostilidad) corresponden a menudo con la dicotomía y naturaleza impulsiva de la bulimia (por ejemplo, Fairburn & Cooper, 1989; Lacey, 1986).

Las conductas impulsivas, particularmente las autodañinas, han sido también asociadas con la conducta de los bulímicos en mujeres del grupo no clínico (Lledó & Waller, 2001).

Muchos autores (por ejemplo, Casper, 1990,; Geller, Williams, & Srikameswaran, 2001; Killick & Allen, 1997) han señalado que los enfermos en desórdenes alimenticios son a menudo ambivalentes para tratarse de sus síntomas. Esto podría representar un conflicto entre querer retener los síntomas y aún librarse de ellos. La ambivalencia acerca de expresar las emociones y la dificultad para describir los sentimientos parecen tener mucho en común.

Esta ambivalencia sobre la expresión emocional es un predictor de la Ineficacia, el Temor a Madurar, el Perfeccionismo, el Conocimiento Interobjetivo y la Regulación del Impulso. Estas características, particularmente la combinación de Perfeccionismo, e Ineficacia, sugieren conflictos del tipo propuesto por King y Emmons (1990) como la ambivalencia subyacente sobre la expresión emocional. La conclusión para el Temor a Madurar, aunque no predicha, conecta con los modelos de desarrollo de la anorexia nerviosa que se concentra en la anulación de la madurez y las responsabilidades asociadas (por ej., Crips, 1983). Esto también coincide con Taylor et al., (1996) y Laquatra y Clopton's (1994), que observaron la relación entre la alexitimia y el Miedo a la Madurez.

Las emociones, su identificación, descripción y ambivalencia sobre su expresión sólo formarán una parte de amplios modelos multi-causales de los desórdenes alimenticios (por ejemplo, Fairburn y cols. 2003; McManus & Waller, 1995). Según Stéphanie y cols. (2004) sus resultados necesitan ser confirmados y extendidos, primero para confirmar las características individuales, como el

índice de masa de cuerpo y depresión, a la vez que se relacionan con las características de desórdenes alimenticios, y en segundo lugar por la exploración extensa de la ira con respecto a la patología alimenticia y las características relacionadas.

En una investigación futura puede dirigirse la ambivalencia más allá de la expresión de la emoción comparada a la expresión verdadera, particularmente acerca de la ira. En las mujeres del grupo no clínico las actitudes bulímicas y comportamientos se han unido para afirmar la ira y la supresión de la misma, pero no el rasgo de la ira (Milligan & Waller, 2000). Stéphanie y cols. (2004) concluyeron que las conductas bulímicas sirven para reducir los estados de ira inmediatos, sobre todo si el individuo tiende a evitar la expresión de la ira.

Los trastornos alimenticios en general son complejos, y tales dificultades emocionales no podrían relacionarse con la patología alimenticia como tal, pero sí con las características asociadas con los trastornos alimenticios. Esto se sugiere por el efecto de controlar a la depresión y ansiedad que trataremos a continuación.

### **3.3.3. Alexitimia y Problemas Psíquicos**

Eizaguirre y cols. (2004) mostraron que la diferencia en los niveles de alexitimia entre el desorden alimenticio y los grupos de control desaparecieron cuando se controló la ansiedad y la depresión. Algunos de estos estudios informaron de los resultados separadamente para las facetas de diferencia de la alexitimia. Cuando esto se hace, se encuentra que la dificultad para identificar y describir los sentimientos es alta en los pacientes con trastornos alimenticios, no tienen pensamiento concreto o les falta vida imaginativa. Sexton, Sunday, Hurt, y Halmi (1998) mostraron que, después de controlar la depresión, sólo la subescala de alexitimia mide la dificultad para describir los sentimientos diferenciando significativamente los grupos de trastornos alimenticios y los de control.

Parker y cols. (1991) encontraron en una muestra de estudiantes una correlación significativa entre la depresión, evaluada por el Inventario de Depresión de Beck BDI, y la alexitimia, medida por la Escala de Alexitimia de

Toronto. Haviland y Hendrix (1991) encontraron resultados similares en una población de pacientes toxicómanos y alcohólicos. De Groot y col. (1995), usando los mismos instrumentos, encontraron una correlación fuerte en una población de pacientes de bulimia.

Numerosos informes revelan la existencia de una relación entre la alexitimia, depresión y ansiedad. Hendryx, Haviland y Shaw (1991) sugirieron que la alexitimia es una característica multidimensional. Ellos también informaron que algunas dimensiones corresponden a un estado, especialmente de dificultad para identificar y describir los sentimientos, porque están relacionados con una respuesta de ansiedad generalizada o que realce la depresión, que sería una manifestación. Estos autores propusieron que la alexitimia podría ser un esfuerzo por obstruir las emociones negativas asociado con la tensión. Pandey y Mandal (1996) sugirieron la asociación entre la alexitimia y ansiedad y sobrestimaron la excitación percibida que podría ser debido a dicha asociación. Jacob y Hautekeete (1999) encuentran que la alexitimia está relacionada con la baja intensidad de afecto, y sugirieron que era un efecto de menor interés en las emociones. Sin embargo, si la depresión y la ansiedad fuesen controladas, la relación entre la alexitimia y la intensidad afectiva realzada desaparecería.

Según un estudio de Corcos y cols. (2000), la alexitimia se ve incrementada en los desórdenes alimenticios, pero hay que tener en cuenta la depresión, incluso las proporciones aumentadas de alexitimia en anoréxicos, que comparados a los pacientes bulímicos, parecen estar relacionados más estrechamente con la depresión que a un modo aumentado de alexitimia de funcionar en sí mismo.

Honkalampi, Hintikka, Saarinen, Lehtonen, y Viinamaki (2000) y Honkalampi, Koivumaa-Honkanen, Tankanen, Hintikka, Lehtonen, y Viinamaki (2001) encuentran que la alexitimia, en los pacientes deprimidos, era un estado dependiente y fuertemente relacionado con la depresión. Varios autores hacen ver que la alexitimia es un rasgo de personalidad que podía favorecer la ansiedad y la depresión (Martínez-Sánchez, Ato-García, Córcoles, Huedo, & Selva, 1998,; Parker, Bagby, & Taylor, 1991,; Taylor, 2000,; Sabio, Mann, & Shay, 1992).

Los desórdenes alimenticios son complejos, y tales dificultades emocionales no podrían relacionarse con la patología alimenticia como tal, pero sí con las características asociadas con los desórdenes alimenticios. Esto se sugiere por el efecto de controlar a la depresión y ansiedad.

Sexton y cols. (1998) también controlaron la depresión y usaron la TAS-26, y encontraron que el factor Dificultad para Identificar los Sentimientos estaba más asociado con el estado clínico de depresión en TA, como ya había sugerido Parker y cols. (1991) y De Groot y cols. (1995). El factor Dificultad para Expresar los Sentimientos no cambió cuando había una disminución de depresión en los anoréxicos restrictivos, y también estaba asociado con los desórdenes de personalidad.

En la mujeres prisioneras (Milligan & Waller, 2002), se ha mostrado una relación ambivalente entre la supresión de ira y el estado de ira. El control está asociado con el rasgo de ira y la expresión de la misma, aunque la pérdida de peso fue relacionada con el estado de ira. La perturbación de la imagen del cuerpo estaba asociada con el estado de ira y su supresión, pero cuando se sentían dominadas por la comida se asociaba con ambos estados del rasgo de la ira y de la supresión de la ira.

Parece, por consiguiente, que mientras la alexitimia se relaciona con las características bulímicas, la ambivalencia sobre la expresión de ira se relaciona con las características restrictivas, y en conjunto las actitudes alimenticias son susceptibles de patología.

Según Espina y cols. (2003), "los pacientes con Desórdenes alimenticios presentan proporciones más altas de alexitimia que el grupo de control, pero una vez controladas la ansiedad y la depresión desaparecen las diferencias entre los grupos. La depresión y la ansiedad se pronosticaron y se pusieron en correlación positivamente con la alexitimia. Su descubrimiento concuerda con estudios anteriores, e indica que la alexitimia se relaciona estrechamente con la ansiedad y la depresión, y podría ser un rasgo o un estado en los pacientes con Desórdenes Alimenticios".

### **a) Alexitimia, Desórdenes de Personalidad y Alimenticios**

Hay incongruencias que pueden ser debidas a la comorbilidad de los rasgos clínicos y la presencia de los desórdenes de personalidad. Los pacientes con desórdenes alimenticios difieren en el peso del cuerpo, el nivel de desnutrición, y están con frecuentes episodios de atracones y purgas. Estos síntomas se han encontrado por tener afectos significativos en función del ansia y de la personalidad (Kleifield, Sunday, Hurt & Halmi, 1994). También, una mayoría de pacientes con desórdenes alimenticios experimenta la depresión o posee un Eje del comorbilidad 1 en el desorden afectivo (Braun, Sunday, Hurt & Lamí, 1994). Esta población también tiene altas proporciones de uno o más diagnósticos de desórdenes de personalidad (el Braun y cols., 1994; Skodol y cols., 1993; Vitousek & Manke, 1994), la presencia de que generalmente está asociado con la cronicidad mayor del desorden alimenticio y disminuye la función global (Skodol y cols., 1993).

### **b) Alexitimia e Intensidad de Autoestima Afectiva**

Según Stéphane J. y Marc H. (1999), la Alexitimia está asociada con una baja intensidad de autoestima afectiva, ya que los individuos con alta Intensidad de Afectos (IA) son emocionalmente reactivos y experimentan emociones fuertes; por otro lado los individuos con baja IA tienen menores fluctuaciones de su humor al reaccionar a las situaciones de emoción provocadas. Otras dos suposiciones importantes se agregan a la originalidad del concepto. Primera, estas diferencias en la intensidad afectiva se asume que son independientes de la escala hedonística: las personas con alta IA tienen los afectos más fuertes para las emociones positivas y negativas. Segunda, IA y frecuencia afectiva son variables distintas: los individuos con IA alta frecuentemente no tienen sucesos emotivos que llevar a la vida, para el mismo estímulo ellos reaccionan con mayor intensidad que las personas de IA más baja. Inicialmente, la IA se evaluó de una manera empírica usando informes diarios de estados afectivos. En la investigación posterior en una medida de autoayuda, la Intensidad de Medida Afectiva (IMA), queda demostrada la buena correlación con el método empírico, se introdujo como una valoración más simple de IA. Fue especialmente diseñado para distinguir claramente entre la intensidad afectiva y, sobre todo, los afectos frecuentes. Recientemente, Larsen, Billings y Cutler (1996) han mostrado que los

individuos con una puntuación baja en esta Escala (baja IA individual) tienen un estilo informativo definido por las ocurrencias frecuentes de verdaderos detalles y una pobreza de referencias a la vida emocional. Esta similitud con los rasgos del discurso alexitímico está preocupando un poco pero, más que esto, la anécdota relacionada por los autores en la tercera nota de su papel es una ilustración perfecta del “pensamiento operatorio”. Puede ser, por consiguiente, que deba haber una correlación fuerte entre la alta alexitimia y la baja intensidad afectiva.

Diferentes estudios (Newton & Contrada, 1994; Myers, 1995; Friedlander, Lumley; Farchione & Doyal, 1997) demuestran que la alexitimia también está asociada más allá de una evaluación de la excitación percibida cuando se comparó a la excitación fisiológica medida objetivamente. Es interesante recordar que Ritz (1994) ha observado una correlación restringida de los afectos negativos entre la alexitimia y el aumento de IA. Esto sugiere que la asociación entre la alexitimia alta y la sobreestimación del estímulo percibido y la excitación podrían estar relacionadas con la correlación entre la alexitimia y la ansiedad que no se controlan en los tres estudios antedichos. En un estudio basado en los autoinformes, Pandey y Mandal (1996) proporcionan el apoyo para esa hipótesis. Ellos evalúan el papel de la sobreestimación neurótica de la excitación al 16.7% de la TAS-20 de la variación total. Stéphane y Marc (1999) agregan que en su propio plan del estudio, donde la ansiedad y depresión están controladas, no fue observada ninguna relación entre la alexitimia y el aumento de la IA, dando así más crédito a esta interpretación. Así mismo han observado una frecuencia más baja de los afectos positivos en los individuos alexitímicos. Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer y Lakey (1996) en su segundo estudio informaron también de una manera semejante al resultado: la frecuencia de los afectos positivos correlaciona negativamente con las tres subescalas de TAS-20 (y así con la puntuación total). De una manera interesante, las tres escalas están correlacionadas también negativamente a lo percibido por el apoyo social. Esto sugiere que el déficit de las experiencias positivas en los individuos alexitímicos se puede explicar, por lo menos parcialmente, por sus dificultades en compartir las experiencias emocionales con otras personas (TAS factor “La Comunicación de Sentimientos”) y su falta general de interés en las experiencias psicológicas (TAS factor “Pensamiento Orientado a lo Externo”). Estos dos rasgos constituyen grandes obstáculos para el desarrollo de una red social y disminuye así la

oportunidad de obtener el placer de las interacciones sociales. La investigación en alexitimia y falta de placer (baja habilidad para experimentar el placer) mantiene el apoyo a esta hipótesis: la alexitimia se relaciona con la falta de placer social (el placer más bajo en las interacciones sociales), no con la falta de placer físico (el placer más bajo de las sensaciones físicas) (Prince & Berenbaum, 1993; Loas, Fremaux & Boyer, 1997). (Hay que hacer notar que el estudio de Stéphane y Marc (1999) tiene una limitación ya que los participantes en él son en su mayoría mujeres y habría que examinar un poco la contribución del sexo a los resultados).

### **3.3.4. Alexitimia y Patologías**

En la clínica se han descrito características alexitímicas en pacientes con dolor psicógeno (Sifneos, 1973), con dolor crónico (Postone, 1986; Kinder y Curtis, 1990; Chatuverdi, 1988; Cathlove y cols., 1985; Mendelson, 1982), en los trastornos por uso de drogas (Krystal y Rashin, 1979), dependencia del alcohol (Rybakowski y cols., 1988), trastornos psicósomáticos (Krystal, 1979; Mendelson, 1982; Acklin y Alexander, 1987; Retamales, 1988), asmáticos (Felguine y cols., 1988); sujetos con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn (Freiburger, 1985); pacientes con anorexia (Pierloot y cols., 1988, Bourke y cols., 1992); obesidad (Legorreta y cols., 1988); Trastornos de la Conducta alimentaria (Ayuso, 1991); psoriasis (Vidoni y cols., 1989; Rubino y cols., 1989); artritis reumatoide (Vollhardt y cols., 1986); Fobia simple y Trastorno de Pánico (Parker y cols., 1993; Zeitlin y cols., 1993); Trastorno obsesivo-compulsivo (Zeitlin y cols., 1993), y en sujetos violentos (Keltikangas-Jarvinen, 1982).

Diferentes autores han descrito que la alexitimia correlaciona también con dificultades para la empatía, con la vulnerabilidad a la ansiedad o la depresión y con el incremento de la irritabilidad (Sandin, Chorot, Santed y Jiménez, 1996), con el hecho de padecer trastornos psicósomáticos (Von-Rad, 1984; Sifneos, 1973) tales como asma, anorexia o bulimia, hipertensión, colon irritable, cefaleas, etc., con comportamientos impulsivos sin poderlos relacionar con sus motivaciones emocionales subyacentes, con la capacidad disminuida de respuesta adaptativa ante situaciones estresantes, y con el establecimiento de relaciones sociales estereotipadas bien de dependencia o bien de aislamiento (Rguez. Del A. y cols.1999).

La alexitimia se ha encontrado en muchas patologías diferentes: en desórdenes somáticos, alcoholismo, la afición a la droga, la tensión del postraumático, el asma, la depresión, trastornos alimenticios, (TA) y así sucesivamente; Taylor GJ. (2000). Bruch (1962, 1973, 1982) sugirió que la dificultad para distinguir y describir los sentimientos, así como el reconocimiento y respuesta a los estados emocionales y las sensaciones viscerales, constituye el déficit principal en DA. Los estudios más tarde han confirmado que la alexitimia esta presente en los TA (Cochrane CE, y cols. 1993; Corcos M, y cols. 2000 ; Jimerson D, y cols. 1994; Sexton MC, y cols. 1998; Bourke MP, y cols. 1992; De Groot JM, y cols. 1995 ; Guilbaud O, y cols. 1999; Rastam M, y cols. 1997; Schmidt U, y cols. 1993; Taylor GJ, y cols. 1991; Taylor GJ, y cols. 1996). Taylor y cols., (1996), declararon que hay un déficit en el proceso cognoscitivo de las emociones en los TA.

En el trabajo de Espina (2002) se nos dice que las correlaciones positivas del TAS-20 con la ansiedad en los padres y en las madres confirman los trabajos anteriores (Bagby RM, y cols. 1988; Cochrane CE, y cols. 1993 ; Martínez-Sánchez F, y cols. 1996 ; Sandin B, y cols., 1996), así como la asociación con la depresión y neuroticismo, (Hendryx MS, y cols., 1991; Parker JDA, y cols. 1989; Sandin B, y cols., 1996; Lesser IM., 1985). Parker y cols., (1991), declararon que la alexitimia difiere de la distorsión cognoscitiva medida por el DAA, pero Wise y cols., (1992), sugieren que la depresión y la ansiedad pueden favorecer la alexitimia. Las correlaciones positivas entre F1 y F2 con el neuroticismo apoyan la validez de factores directamente asociados con las emociones, considerando que la asociación encontrada en los padres entre el F1 y P sugiere que el psicoticismo está relacionado con la dificultad para identificar los sentimientos.

En resumen, a medida que el sujeto se encuentra más limitado físicamente, mantiene una mayor preocupación por su cuerpo, tiende a contener más la emoción y se encuentra más impactado, con menos recursos y control frente a los estímulos y sobrecarga emocional que los sujetos con autonomía funcional.

### 3.4. SÍNTESIS DEL CAPÍTULO TRES

Partimos en primer lugar de una conceptualización del término Alexitimia haciendo un recorrido histórico desde la expresión del “canal somático” Alexander (1950) o Dember (1954) o un tipo de “lenguaje de órganos” (Otero 1999), cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, hasta usar la palabra “alexitimia” empleada por Peter Sifneos (1967-1972) que sería “sin palabras para expresar los sentimientos”.

Se da una marcada dificultad para procesar la información de carácter afectivo. En un principio a las personas alexitímicas se las identificó con pacientes que sufrían trastornos psicósomáticos, pero actualmente se las relaciona con trastornos de conducta alimentaria, personalidad antisocial y trastorno por estrés postraumático (Fernández, 2004), y se conceptúa como un comportamiento cognoscitivo-experiencial.

A continuación desarrollamos las características de la alexitimia con distintas interpretaciones según un gran número de autores, y exponemos los tipos que hay de ella según sea primaria o secundaria.

El apartado siguiente que vemos es el de su evaluación a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) al mismo tiempo que exponemos otros distintos instrumentos. Nosotros hemos elegido entre todos ellos la adaptación española de Martínez Sánchez (1996) (TAS-20), y reseñamos la estructura factorial que el autor hace de ella. Posteriormente enunciamos numerosas investigaciones que se han publicado en la década anterior para explicar a continuación otros instrumentos de evaluación de la alexitimia a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas, análisis de contenido, cuestionarios y escalas.

Más tarde desarrollamos la alexitimia y los trastornos alimentarios donde se encuentran altos porcentajes en las personas que padecen anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Las distintas investigaciones en este campo no se ponen de acuerdo sobre quiénes padecen más la alexitimia, si las anoréxicas o las bulímicas.

Exponemos también distintos trabajos de investigación entre los que padecen atracones, desórdenes alimenticios, depresión, ansiedad y alexitimia.

También vemos otras investigaciones relacionando la alexitimia, TA, la emoción y la conflictividad para expresarla, ambivalencia, desconfianza interpersonal, inseguridad social, dificultades para identificar y describir sentimientos, temor a madurar, perfeccionismo, ineficacia, etc.

En otro apartado de este capítulo desarrollamos la alexitimia y los problemas psíquicos, que normalmente están relacionados con la depresión, ansiedad y los desórdenes de personalidad, y vemos también la relación que existe entre ella y la intensidad de autoestima afectiva, en función de la cual se dan fluctuaciones ante la situación de emoción provocada.

Por último describimos distintas correlaciones de la alexitimia con una amplia variedad de patologías.

---

# **ESTUDIO EMPÍRICO**

---

---

## **CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS**

---

#### 4.1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Los trabajos de investigación acerca de la alexitimia en los adolescentes y jóvenes, están muy relacionados con los problemas que acusan en esta etapa de la vida. Normalmente están en conexión con la anorexia, bulimia, atracones, alcohol, drogodependencia, depresión, ansiedad... circunstancias que son el trabajo de este capítulo, y que les lleva a que en situaciones de angustia les cueste más manifestar sus sentimientos y abrirse a aquellas personas que les puedan ayudar.

La TAS-20 ya descrita, es una prueba que explora el problema de la alexitimia y del stress en los más jóvenes, y es la que hemos utilizado en este trabajo para ver qué grado tienen de estos trastornos los adolescentes gallegos. Quizás abundan más los trabajos hechos con universitarios, como reflejan los puntos anteriores de este capítulo, pero no es menos cierto que hoy día, dadas las circunstancias de la sociedad en la que vivimos, es más necesario adelantar los trabajos para investigar la alexitimia a etapas anteriores de la vida, como son la adolescencia y el final de la niñez, con el fin de prevenir y poner remedio antes de que estas situaciones lleguen a más. Han sido muy pocos los trabajos encontrados de alexitimia y adolescencia que ofrezcan una muestra amplia, de ahí la importancia del estudio de esta investigación, que busca constatar si se perciben problemas de alexitimia que puedan inducir a otras patologías en la comunidad gallega y en la población en general.

Taylor (2000) confirma que la alexitimia se ha encontrado en diferentes patologías, y así mismo numerosos estudios han confirmado que está presente en los trastornos alimentarios (TA), ( Taylor, Bagby y Parker, 1991; Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992; Cochrane et al., 1993; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996; Rastam, Gillberg, y Johanson, 1997; Corcos et al., 2000).

Estudios que han trabajado en la misma línea son los de Taylor, Bagby y Parker, 1991; Bourke, Taylor, Parker y Bgby, 1992; Cochrane et al. 1993; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996; Rastam, Gillberg y Johanson, 1997; Guilbaud et al., 1999; Corcos et al., 2000.

El instrumento más utilizado para evaluar la alexitimia es la Toronto Alexithymia Scale (TAS) en sus diferentes versiones (Bagby, Parker y Taylor, 1994<sup>a</sup>; Bagby, Taylor y Parker, 1994b; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993), hasta la última versión del TAS de 20 ítems (TAS-20). En España se han realizado varios trabajos validando y aplicando el TAS-20, instrumento utilizado en este estudio, (Espina, Ortega, Ochoa de Alda y Alemán, 2001; Martínez-Sánchez, 1996; Martínez-Sánchez et al., 1996; Velasco y Páez, 1996; Martínez y Marín, 1997; Pérez et al., 1997; Moral de la Rubia y Retamales, 1999; Páez, et al., 1999; Páez y Casullo, 2000; Espina et al., 2002).

Respecto a los trastornos alimentarios en España, los porcentajes de casos con riesgo de padecer un trastorno alimentario, detectados con el Eating Attitude Test (Garner y Garfinkel, 1979), muestran un rango de 3,5-12,4 en chicas y de 0,2-1,2 en chicos, (Espina, Ortega, Ochoa de Alda, Alemán y Juaniz, 2001b; Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez, y Martínez-González, 2000; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Reuqena, 1991<sup>a</sup>, 1991b; Raich et al., 1992; Martínez, Toro, Salamero y Blecua, 1993; Rodríguez, 1997; Ruiz-Lázaro, 1998; Toledo et al., 1999; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989).

En otros estudios, Morandé y Casas (1997) hallaron en chicas de 15 años de Madrid una prevalencia de trastornos de conducta alimentaria del 4,6%. Pérez-Gaspar, Gual, de Irala-Estévez y Martínez González (2000) hallaron en la población femenina de Navarra de 12-21 años una prevalencia del 4,1%. Toro (2000) habla de un 4,52% en la población femenina zaragozana. Espina, Ortega, Ochoa de Alda, Alemán, Perera y Juaniz (2002), en una población navarra, hablan de un 8,9% en chicas y del 3,3% en chicos con riesgo de padecer un trastorno alimentario, y de ellos presentaban alexitimia el 26,8% de las chicas y el 14,5% de los chicos.

De ahí que el aumento de patologías en TCA en la sociedad de hoy, relacionado con problemas de salud mental y alexitimia, nos haya llevado a estudiar si estos factores están presentes en la adolescencia gallega -edad propensa a padecerlos debido a la inmadurez que se tiene en esta etapa-, y también el hecho de saber que no hay ningún estudio realizado en la comunidad autónoma gallega que refleje si sus adolescentes son propensos o no a caer en estas patologías, por el grado de alexitimia que padezcan.

## 4.2.- OBJETIVOS

Los objetivos que nos hemos fijado son los siguientes:

- 4.2.1. Comprobar la incidencia de los trastornos objeto de estudio, o el riesgo de padecerlos, según las siguiente variables:
  - 4.2.1.1. Provincia de residencia.
  - 4.2.1.2. Tipo de centro: público/privado.
  - 4.2.1.3. Localización física del centro: rural/urbano.
  - 4.2.1.4. Edad de los alumnos/as.
  - 4.2.1.5. Sexo de los sujetos.
  - 4.2.1.6. Provincia de nacimiento.
  - 4.2.1.7. Curso académico
  - 4.2.1.8. Edad del padre agrupada.
  - 4.2.1.9. Profesión del padre.
  - 4.2.1.10. Edad de la madre agrupada.
  - 4.2.1.11. Profesión de la madre.
  - 4.2.1.12. Familiares con los que convive el sujeto.
- 4.2.2. Analizar la prevalencia de alexitimia, los problemas de salud mental y el riesgo de padecer un trastorno alimentario en los adolescentes gallegos estudiantes de la E.S.O.
- 4.2.3. Comparar con otros estudios si los resultados conseguidos en los adolescentes gallegos presentan mayor o menor riesgo de padecer TCA, alexitimia o riesgos de salud.
- 4.2.4. Sacar conclusiones para ver si conviene seguir teniendo en cuenta estas patologías.

---

**CAPÍTULO V.**  
**MATERIAL Y MÉTODO**

---

### 5.1.- SUJETOS

Para hacer un estudio significativo, es importante saber escoger la muestra; y para ello, hemos buscado un número suficiente de sujetos de las cuatro provincias gallegas, tanto de la enseñanza pública como de la privada.

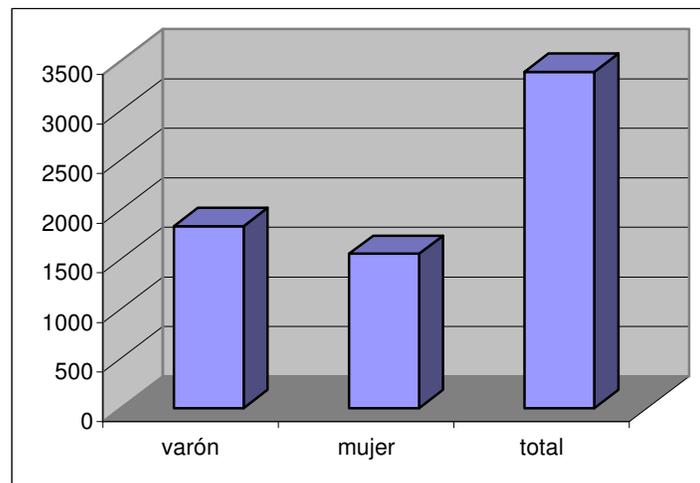
La adolescencia es una fase evolutiva de transición entre las etapas infantil y adulta, ya que experimenta una serie de cambios profundos tanto en su imagen corporal, como en el comportamiento y de personalidad.

La muestra de adolescentes de esta investigación comprende desde el final de la infancia, 12 años, hasta los 16 años, que es una etapa bastante avanzada, ya que son edades importantes en el tema que nos preocupa, como es el despertar de los problemas de trastornos alimenticios. También se incluye un pequeño porcentaje de niños de 11 para 12 años y del final de la etapa de la adolescencia de 17-18 años en alumnos repetidores, pero todos dentro de los cursos de la E.S.O.

La población que se presenta (Tabla 1), es de 1834 alumnos y 1555 alumnas, lo que hace un total de 3389 de 1º, 2º, 3º y 4º de la E.S.O. Se trató de que hubiese el mismo número de alumnos que de alumnas, pero la diversidad de centros y de reparto en ellos por sexo, hizo que fuesen un 8,2% superiores en número los alumnos sobre las alumnas (Gráfico 1).

**Tabla 1: SEXO DE LOS ALUMNOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	1834	54,1	54,1	54,1
	Hembra	1555	45,9	45,9	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

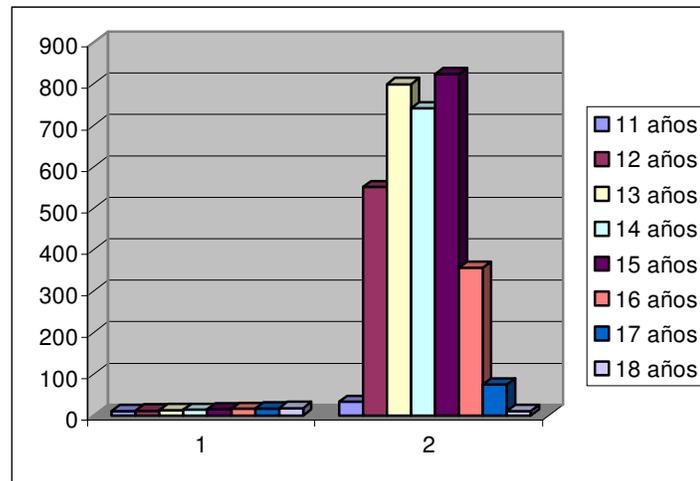
**SEXO DE LOS ALUMNOS****Gráfica 1**

Los alumnos (T.2) de 11 para 12 años son 33 y sólo representan el 1%, y el número de alumnos superiores a 16 años el 2,5% (86 en total) que son repetidores de algún curso, por tanto el resto 97,5% están comprendidos entre las edades de 12 a 16 años (G.2).

**Tabla 2: EDAD DE LOS ALUMNOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	11	33	1,0	1,0	1,0
	12	551	16,3	16,3	17,2
	13	799	23,6	23,6	40,8
	14	741	21,9	21,9	62,7
	15	823	24,3	24,3	87,0
	16	356	10,5	10,5	97,5
	17	75	2,2	2,2	99,7
	18	11	,3	,3	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

### EDAD DE LOS ALUMNOS

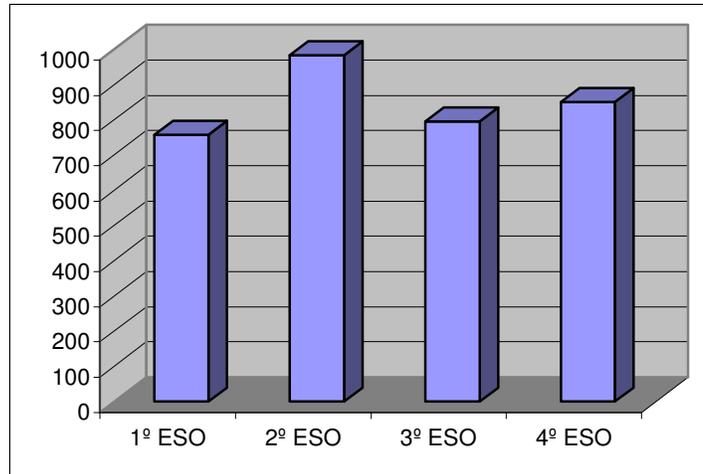


**Gráfica 2**

Esta investigación ha sido realizada durante los cursos académicos 2002-2003 y 2003-2004, observándose que el porcentaje de alumnos (T. 3) de 1º y 2º de E.S.O. es del 51,4% y el 48,6% de 3º y 4º teniendo la siguiente distribución por cursos (G. 3).

**Tabla 3: CURSO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	758	22,4	22,4	22,4
	2	984	29,0	29,0	51,4
	3	796	23,5	23,5	74,9
	4	851	25,1	25,1	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

**CURSO****Gráfica 3**

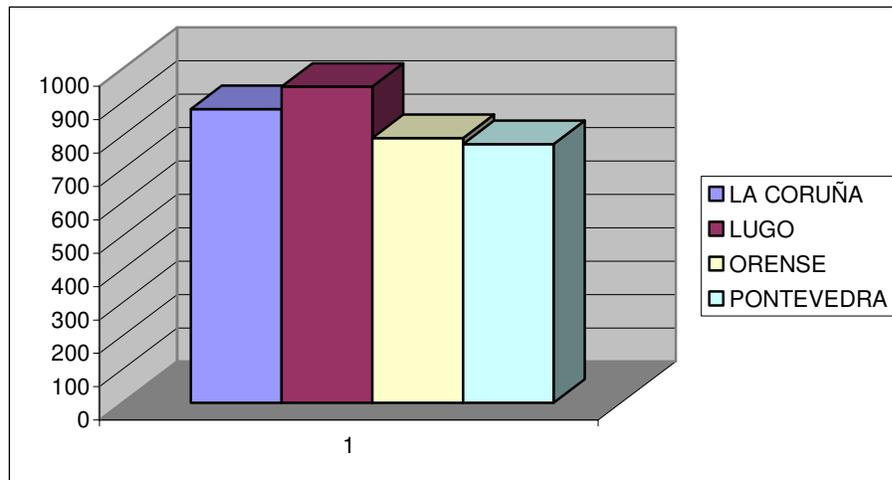
La importancia del estudio de estos cursos y edades se debe a que son muy significativos para detectar casos de alexitimia, dada la etapa que los adolescentes están viviendo, y que pueden desembocar después en problemas de salud mental y trastornos alimenticios, de ahí que me haya decidido a investigar este tema:

1. Por la carencia de estudios en este campo y por tanto, la inexistencia de datos fiables en esta etapa de adolescencia
2. La escasez de trayectorias y directrices en esta etapa, debida al desconocimiento de problemas, actitudes y comportamientos en esta fase de la vida, sobre todo en la comunidad gallega.

De ahí, el estudio llevado a cabo en las cuatro provincias de la comunidad gallega (T. 4): La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra, tomando una muestra representativa de diferentes centros públicos y privados que imparten la E.S.O. (G. 4).

**Tabla 4: PROVINCIA DE RESIDENCIA (Aplicación de Pruebas)**

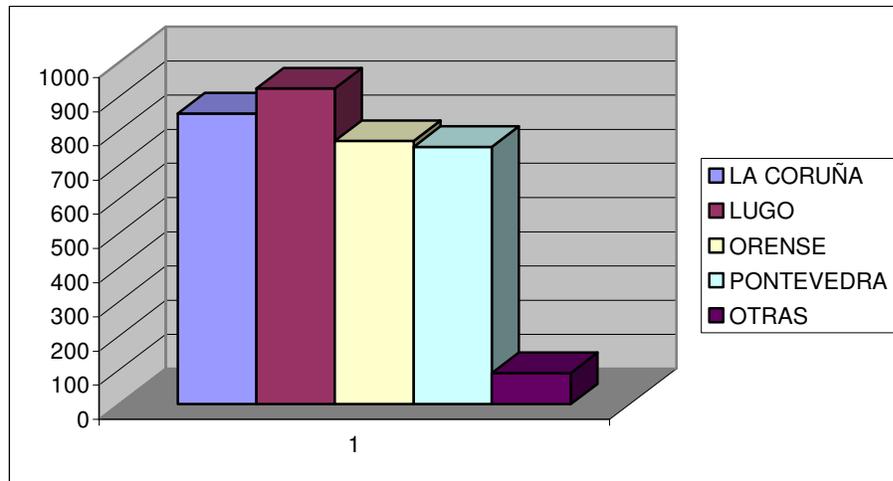
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	La Coruña	878	25,9	25,9	25,9
	Lugo	946	27,9	27,9	53,8
	Orense	791	23,3	23,3	77,2
	Pontevedra	774	22,8	22,8	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

**PROVINCIA DE RESIDENCIA (Aplicación de Pruebas)****Gráfica 4**

La comparación entre la provincia de residencia y la provincia de nacimiento, nos da poca variación, debido a que hoy día la población gallega está más asentada y vive la mayoría donde ha nacido (T. 5). Observamos que en La Coruña, de 878 residentes, han nacido en ella 851, 27 menos; en Lugo 22 menos; en Orense 21 menos y en Pontevedra 21 menos también, lo que nos da 91 alumnos/as que han nacido fuera de Galicia, ya que el resto aunque viva en Galicia en una provincia distinta a la de su nacimiento, no lo estudiamos por considerarlo dentro de la Comunidad Autónoma gallega. Estos 91 alumnos citados han nacido mayoritariamente en zonas de emigración nacionales o extranjeras, básicamente en Cataluña, Vascongadas, Suiza, Alemania, Méjico, Brasil. Ante la gran cantidad de variables, catalogamos este hecho, con el concepto Otras (G. 5).

**Tabla 5: PROVINCIA DE NACIMIENTO**

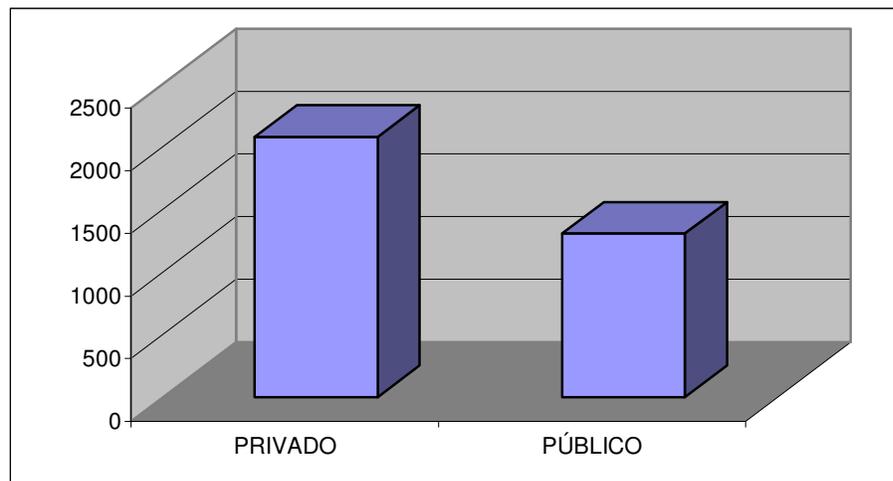
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	La Coruña	851	25,1	25,1	25,1
	Lugo	924	27,3	27,3	52,4
	Orense	770	22,7	22,7	75,1
	Pontevedra	753	22,2	22,2	97,3
	Otras	91	2,7	2,7	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

**PROVINCIA DE NACIMIENTO****Gráfica 5**

El porcentaje de alumnos en los centros privados es superior al de los centros públicos (T. 6), debido a que el investigador tenía una mayor facilidad para recabar más datos en poco tiempo en ellos, por conocer a los directores de los mismos y poder desplazarse a ellos con más facilidad, al estar en capitales gallegas (G. 6).

**Tabla 6: TIPO DE CENTRO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Privado	2081	61,4	61,4	61,4
	Público	1308	38,6	38,6	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

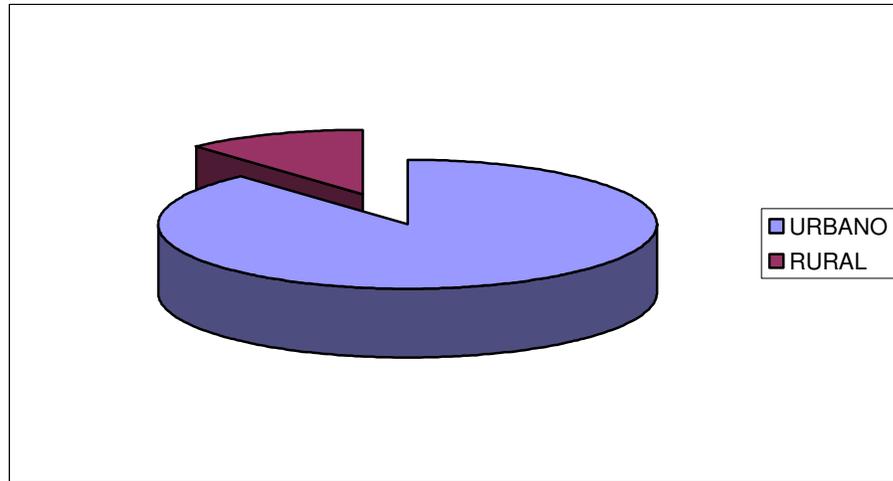
**TIPO DE CENTRO****Gráfica 6**

La ubicación de estos centros es sobre todo de zonas urbanas, ya que es más difícil lograr muestras amplias en las zonas rurales por la escasez de alumnos, y porque la mayoría, cercanos a las capitales, se desplazan a ellas a estudiar y viven ya inmersos en el ambiente urbano. Las zonas rurales son de las provincias de Orense (San Mamede y Gea) y de Pontevedra (A Cañiza) (T. 7). En esta última provincia, todos los alumnos de la enseñanza pública son de zona rural (G. 7).

**Tabla 7: LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL CENTRO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbano	2990	88,2	88,2	88,2
	Rural	399	11,8	11,8	100,0
	Total	3389	100,0	100,0	

### LOCALIZACIÓN FÍSICA DEL CENTRO



Gráfica 7

### CENTROS DONDE SE HAN APLICADO LOS TESTS

CIUDAD	COLEGIO/INSTITUTO	TITULARIDAD
LA CORUÑA	"CRISTO REY"	HH. MARISTAS
L A CORUÑA	"OTERO PEDRAYO"	ESTADO
SANTIAGO DE COMPOSTELA	"NTRA. SRA. DE LOS REMEDIOS"	HIJAS DE LA CARIDAD
SANTIAGO DE COMPOSTELA	"LA SALLE"	HH. DE LA SALLE
SANTIAGO DE COMPOSTELA	"ARCEBISPO XELMIREZ"	ESTADO
LUGO	"LA INMACULADA"	HH. MARISTAS
LUGO	"MARIA AUXILIADORA"	MM SALESIANAS
LUGO	"SAN JOSÉ"	MM. JOSEFINAS
LUGO	"LUCUS AUGUSTI"	ESTADO
LUGO	"VIRXE DOS OLLOS GRANDES"	ESTADO
ORENSE	"SANTA MARIA"	HH. MARISTAS
ORENSE	"SANTA TERESA DE JESÚS"	MM. CARMELITAS
ORENSE	"DIVINA PASTORA"	MM. FRANCISCANAS
ORENSE	"12 DE OCTUBRE"	ESTADO
ORENSE	"JULIO PRIETO NESPEREIRA"	ESTADO
CEA (Orense)	CPI "VIRXE DA SALETA"	ESTADO
SAN MAMEDE, (Orense)	"I.E.S. DE SAN MAMEDE"	ESTADO
A CAÑIZA (Pontevedra)	C.P.I.	ESTADO
VIGO (Pontevedra)	"EL PILAR"	HH. MARISTAS
VIGO (Pontevedra)	"MARIA AUXILIADORA"	PP SALESIANOS

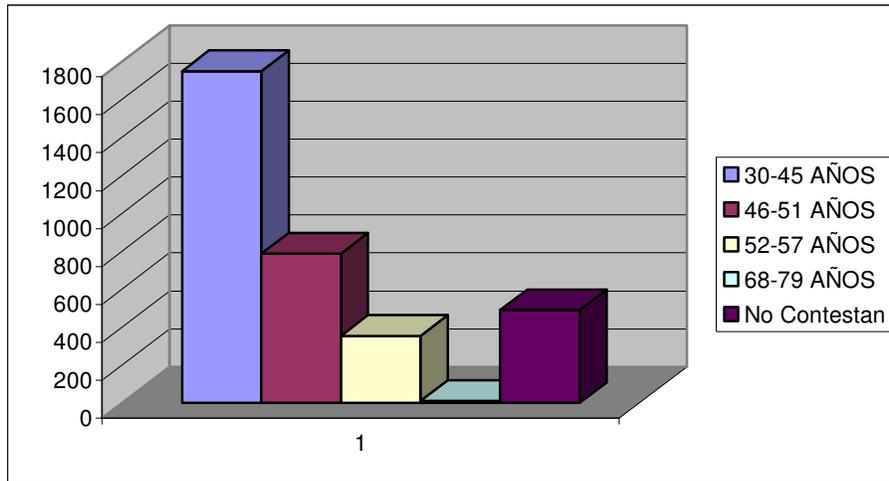
Otras variables que hemos contemplado a la hora de aplicar los tests y que analizaremos posteriormente, son:

Edad de los padres agrupada, donde vemos que la gran mayoría están comprendidos en el grupo nº 1 (30-45 años) un 51,6%; a continuación en el 2 (46-51) 23,2%; en el 3 (52-57) 10,4%, y ya en el 4 (68-79) estaría solamente un ,3%, como vemos reflejados en la tabla y gráfico siguientes.

**Tabla 8: EDAD EL PADRE AGRUPADA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1749	51,6	60,3	60,3
	2	787	23,2	27,1	87,4
	3	353	10,4	12,2	99,6
	4	11	,3	,4	100,0
	Total	2900	85,6	100,0	
Perdidos	Sistema	489	14,4		
Total		3389	100,0		

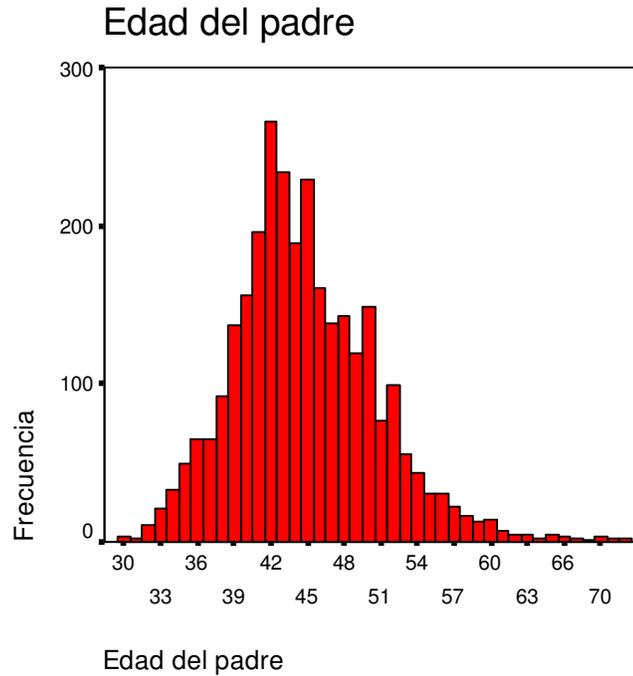
**EDAD EL PADRE AGRUPADA**



**Gráfica 8**

La distribución con todas las edades desde 30 que tienen los más jóvenes hasta 75 que tienen los dos mayores, figura en el Anexo ([Tabla 1](#)), y la gráfica 9 de las mismas es la que aparece a continuación, concentrándose la

mayoría de las edades entre 39 y 51 años. El resultado de las mismas es una curva normal.



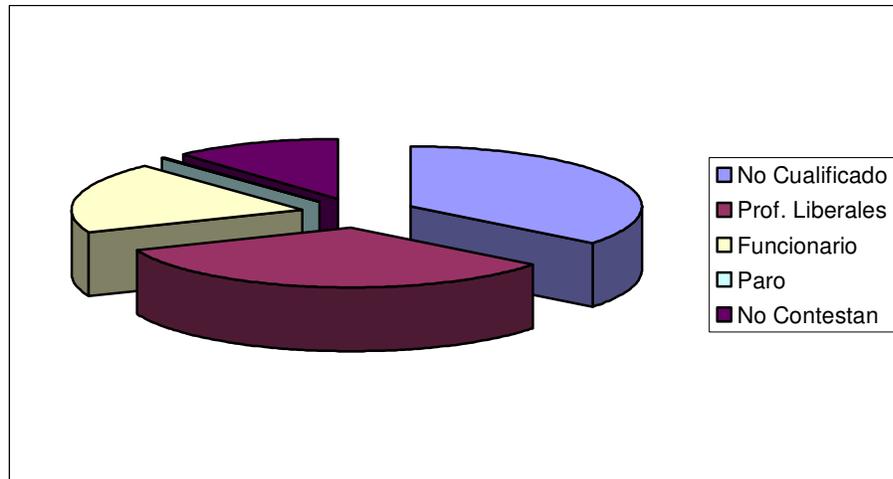
**Gráfica 9**

En cuanto a las profesiones de los padres, observamos que la gran mayoría son profesiones no cualificadas y profesiones liberales, debido sobre todo a la diversidad de centros, representando ambas un 78,1%, y a continuación aparece un 21,7% de funcionarios y tan solo un 0,7% que está en paro (T-9). El 11,6% de los alumnos no refleja en los datos la profesión de sus padres (G. 10).

**Tabla 9: PROFESIÓN DEL PADRE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No cualificado	1207	35,6	40,3	40,3
	Profesiones liberales	1132	33,4	37,8	78,1
	Funcionario	649	19,2	21,7	99,8
	Paro	7	,2	,2	100,0
	Total	2995	88,4	100,0	
Perdidos	Sistema	394	11,6		
Total		3389	100,0		

### PROFESIÓN DEL PADRE



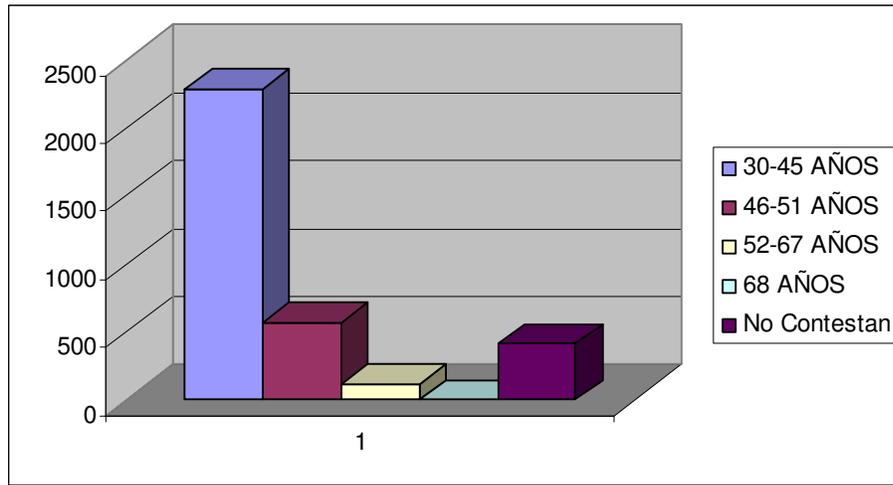
**Gráfica 10**

Las edades de las madres se sitúan también en el grupo nº 1 (30-45 años) con un 77,0% válido; en el grupo 2 (46-51) estaría el 19,2%; en el 3 (52-67) el 3,8%, y ya mayores de 67 años, solamente una madre (T. 10 y G. 11).

**Tabla 10: EDAD DE LA MADRE AGRUPADA**

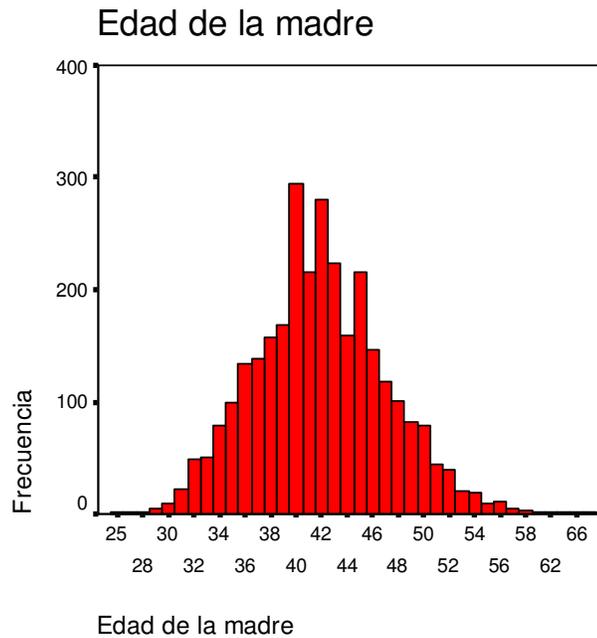
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2292	67,6	77,0	77,0
	2	571	16,8	19,2	96,2
	3	113	3,3	3,8	100,0
	4	1	,0	,0	100,0
	Total	2977	87,8	100,0	
Perdidos	Sistema	412	12,2		
Total		3389	100,0		

**EDAD DE LA MADRE AGRUPADA**



**Gráfica 11**

La distribución por edades va desde los 25 años que tiene la más joven, hasta los 69 que tiene la mayor, y figura en el Anexo (T. 2). Las edades que más abundan son las de 40 y 42 años, resultando la muestra, al igual que en el caso de los padres, una curva normal, como observamos en la gráfica siguiente (G. 12).



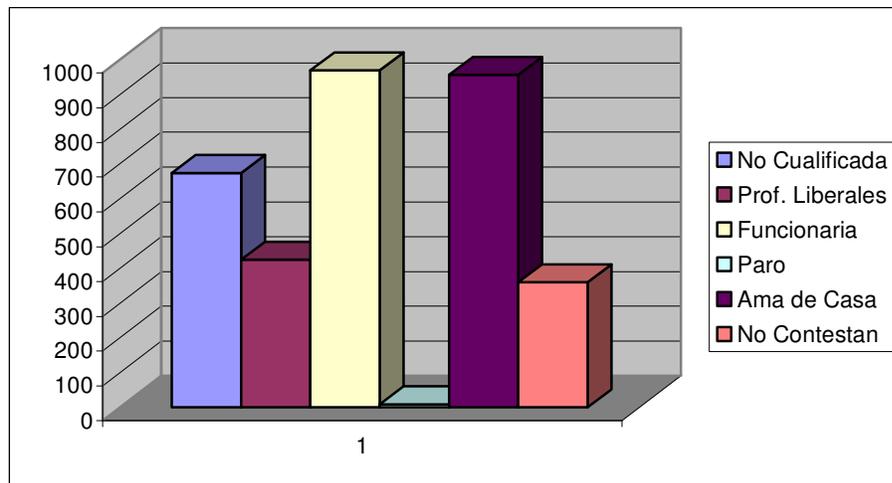
**Gráfica 12**

En la distribución por la Profesión de la Madre, ocupa el primer puesto la de Funcionarias con el 32,0% válido de todos los que han contestado, y a continuación la de Ama de Casa con el 31,5% (T. 10). En las primeras abundan sobre todo las profesiones de las ramas de la enseñanza y de la sanidad. En el paro sólo figura el ,3%. Hay un 10,6% de encuestados que no refleja la profesión de sus madres (G. 13).

**Tabla 10: PROFESIÓN DE LA MADRE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No cualificado	673	19,9	22,2	22,2
	Profesiones liberales	424	12,5	14,0	36,2
	Funcionario	969	28,6	32,0	68,2
	Paro	9	,3	,3	68,5
	Ama de casa	955	28,2	31,5	100,0
	Total	3030	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	359	10,6		
Total		3389	100,0		

**PROFESIÓN DE LA MADRE**



**Gráfica 13**

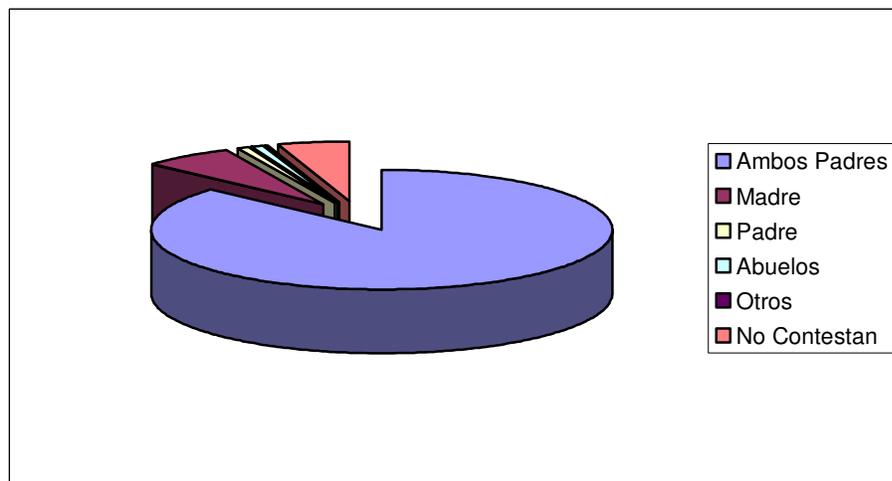
Dentro de la variable de familiares con los que convive el alumno, la gran mayoría, el 91,3% válido, lo hace con ambos padres. Un 6,8% con la madre, y el

resto con el padre, abuelos... con puntuaciones mínimas que no llegan al 1% cada una. Un 5,1% (174 alumnos/as) no refleja con qué familiares convive (T.11). Es importante constatar el gran número de alumnos que convive con ambos padres, y el bajo porcentaje de alumnos que lo hace con los abuelos, debido a una población retornada de la emigración y al descenso de ella actualmente (G.14). Sería interesante contar con alguna estadística de los años sesenta y setenta, en la que el porcentaje de niños que vivían con sus abuelos era muy superior, como se constataba en el número de hijos de emigrantes que estaban en internados.

**Tabla 11: FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVE EL ALUMNO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ambos padres	2935	86,6	91,3	91,3
	Madre	220	6,5	6,8	98,1
	Padre	29	,9	,9	99,0
	Abuelos	23	,7	,7	99,8
	Otros	8	,2	,2	100,0
	Total	3215	94,9	100,0	
Perdidos	Sistema	174	5,1		
Total		3389	100,0		

**FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVE EL ALUMNO**



**Gráfica 14**

## 5.2.- INSTRUMENTOS

En toda investigación científica hay que tener bien controladas las variables que se han manejado para llevar a cabo una valoración fiel del trabajo realizado. En este estudio se han tenido en cuenta las siguientes variables dependientes: edad (alumnos y padres), sexo (varón y hembra), curso escolar (1º, 2º, 3º y 4º de la E.S.O.), provincia (de nacimiento y de residencia), tipo de centro (público y privado), profesión de los padres (padre y madre) y familiares con los que convive el sujeto.

- LA TAS-20: La Escala de Alexitimia de Toronto.
- EL G.H.Q.: General Health Questionnaire (G.H.Q.-28) (Cuestionario General de Salud) Goldberg y Hillier, 1979
- El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) (EAT)

### a) La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

La Escala de Alexitimia de Toronto de Taylor, Ryan y Bagby (1985) y en su última versión (Bagby, Taylor y Parker, 1994), posee unas notables propiedades psicométricas, tanto en la evaluación de poblaciones clínicas como no clínicas. Se presenta como la más fiable y válida y sobre ella hemos desarrollado nuestra investigación, de todas las que miden la Alexitimia, y hemos utilizado la adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) realizada por Martínez y Sánchez (1996).

El cuestionario de la Escala de Alexitimia de Toronto de Taylor, Ryan y Bagby (1985) se elaboró tomando como punto de partida cinco ejes o dimensiones de la definición de alexitimia: dificultad para describir sentimientos, limitación de las aptitudes introspectivas, conformismo social, dificultad para diferenciar sus sensaciones corporales y pobreza de fantasía y ensoñación. Sobre esta base, los autores construyeron 45 ítems de los cuales seleccionaron 26, con cinco posibilidades de respuesta según el grado de acuerdo, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Taylor y cols. (1985) sugieren que el punto de corte, sobre una puntuación máxima de 130, está situado en 74 para identificar personas alexitímicas, y en 62 para identificar

sujetos no alexitímicos. Así mismo, sitúan como riesgo alexitímico a los sujetos que se encuentran entre 62 y 74.

El análisis factorial de la escala reveló la existencia de cuatro factores congruentes con la definición del constructo:

- capacidad para describir los sentimientos y poderlos distinguir de las sensaciones corporales,
- capacidad de comunicar sentimientos a los demás
- ensoñaciones diurnas, y
- pensamiento orientado a lo externo

En cuanto a los índices de fiabilidad, estos autores encontraron un coeficiente test-retest de  $r = ,82$  tras una semana, y de  $r = ,75$  tras cinco semanas, así como un coeficiente de consistencia interna (alpha de Combrach) de 0,75. La validez de criterio se llevó a cabo comparando un grupo de sujetos diagnosticados como alexitímicos con otro de sujetos no alexitímicos, encontrándose que la puntuación TAS era significativamente más alta para el grupo de alexitímicos (Taylor y Bagby, 1988). Nos encontramos, por tanto, ante un instrumento que presenta un alto nivel de fiabilidad y validez para la investigación clínica (Mann, Wise y Shay, 1992; Rodrigo y Luisardo, 1992; Rodrigo, Luisardo y Normey, 1989).

Tras una primera revisión (Taylor, Bagby y Parker, 1992), la última versión de esta escala (Bagby, Taylor y Parker, 1994), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale muestra una solución factorial compuesta por tres factores consistentes con la definición de alexitimia: 1) dificultad para identificar sentimientos; 2) dificultad para describir sentimientos y 3) pensamiento orientado a lo externo.

Martínez-Sánchez (1996) expone las propiedades psicométricas de esta escala, destacando el estudio de Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz (1993) que utilizaron tres muestras de estudiantes alemanes (N=306), de E.E.U.U. (N=292) y canadienses (N=406). Los resultados repitieron la misma estructura factorial y mostraron además una adecuada fiabilidad y validez convergente, discriminante y de criterio. Por otro lado, estudios posteriores (Bagby, Parker y Taylor, 1994) corroboran la validez de esta escala tanto en poblaciones no

clínicas, como en pacientes en tratamiento en una Unidad de Medicina Conductual.

Existen diversas adaptaciones al castellano de la primera versión del TAS (Páez y Velasco, 1994; Rodrigo y Luisardo, 1992; Rodrigo, Luisardo y Normey, 1989). En nuestro estudio, como mencionamos anteriormente, hemos utilizado la adaptación al castellano que Martínez-Sánchez realiza de la (última versión de la escala, Toronto Alexithymia Scale, TAS-20 de Bagby, Taylor y Parker (1994). Es un autoinforme que consta de 20 ítems, formulado en una escala tipo likert de cinco puntos que va desde el total acuerdo al total desacuerdo en cada enunciado. Martínez –Sánchez (1996) realizó la adaptación con una muestra de 370 universitarios. El análisis factorial resultante muestra tres factores que explican el 39,48 por ciento de varianza total. El primer factor (FI), que describe la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de los síntomas asociados a la activación emocional, acumula el 16,57% de la varianza; el segundo factor (FII) acumula el 12,96 % de la varianza y se refiere a la dificultad para describir sentimientos a otros. Y por último, el tercer factor (FIII) es el denominado patrón de pensamiento orientado a lo externo que explica el 9,95% de la varianza. De igual forma, fueron significativas todas las correlaciones entre los factores ( $p < ,001$ ), de ,491 entre FI y FII, de ,163 entre el FI y FIII y entre FII y FIII de ,207.

Los resultados del estudio de Martínez-Sánchez muestran una adecuada fiabilidad y validez al TAS-20. Los índices de fiabilidad manifiestan una notable consistencia interna de la escala, con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,782 para el grupo total, y de  $\alpha = ,817$  y  $\alpha = ,766$  en el grupo de hombres y mujeres respectivamente. De igual forma, cada factor mostró una aceptable fiabilidad (FI:  $\alpha = ,794$ ; FII:  $\alpha = ,732$ ; FIII:  $\alpha = ,613$ ). Asimismo se valoró la fiabilidad test-retest que ofrece, igualmente, unos altos índices ( $r = 0,716$ ;  $p < ,001$ ). Se confirma también la validez convergente del TAS-20, expresada mediante las correlaciones entre ésta y las diversas escalas utilizadas, y en especial respecto a las altas correlaciones de la escala con el BIQ.

El esquema de la Estructura factorial de la TAS-20 figura en el capítulo de la parte teórica, y los instrumentos utilizados fueron los siguientes: Beth Israel Questionnaire, BIQ (Sifneos, 1973); Pennebaker Inventory of Limbic

Languidness, PILL (Pennebaker, 1982), Inventario de Reacción Social, IRS (Rotter, 1966), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel- Tobal y Cano-Vindel, 1986), Escala de Actitudes hacia la Expresión Emocional, AEE Ooseph, Williams, IIWing y Cammock, 1994), Escala de Evaluación de la Necesidad de Cognición, NC (Cacioppo y Petty, 1982), Escala de Autoconciencia Pública y Privada, S-CS (Scheier y Carver, 1985) y la Escala de Deseabilidad Social, SDS (Marlowe y Crowne, 1961).

Según todo esto, se llega a la configuración de un perfil propio de los sujetos con niveles altos de alexitimia, caracterizados por:

- 1) tendencia a somatizar (PILL);
- 2) patrón de expectativas y atribuciones orientado a lo externo, es decir, locus de control externo (IRS);
- 3) altos niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora (ISRA);
- 4) actitud predominantemente negativa hacia la expresión emocional (AEE);
- 5) patrón de pensamiento operatorio-concreto (NCS);
- 6) bajo nivel de autoconciencia respecto a los aspectos internos y externos (S-CS); y
- 7) bajo nivel de deseabilidad social.

Este perfil obtenido en el estudio de Martínez-Sánchez (1996) coincide con las relaciones encontradas entre alexitimia y otras dimensiones en estudios anteriores, y con respecto a la tendencia a la somatización (Kauhanen, Julkunen y Salonen, 1991, 1992), ansiedad (Hendryx, Haviland y Shaw, 1991), patrón de pensamiento operatorio-concretista (Kirmayer y Robbins, 1993) y deseabilidad social (Rodrigo, Lusiardo y Normey, 1989).

Las numerosas adaptaciones de la TAS-20 ponen de manifiesto que la alexitimia no podemos considerarla como un único producto cultural. Según esto, la estructura factorial de la escala ha sido replicada en Finlandia (Kauhanen, Julkunen y Salonen, 1992), Alemania (Bach, Bach, de Zwaan, Serim y Bohemer, 1996), Italia (Pasini, Chiaie, Sripa y Ciani, 1992), Uruguay (Rodrigo y Luisardo, 1992; Rodrigo, Luisardo y Normey, 1989) y el dialecto indio "hindi" (Sriram, ChatulVedi, Gopinath y Subbakrishna, 1987), República Checa (Kondas y

Kordacova, 1990), Francia (Lolas, Fremaux, Marchand, Chaperot y Dardennes, 1993) y Japón (Miyaoaka, 1992).

Como se ha expuesto, de los tres procedimientos de evaluación, parece que la tendencia más actual se refiere a la utilización de cuestionarios y escalas. Además dentro de ésta, la evaluación se encamina hacia el desarrollo de la Escala de Alexitimia de Toronto.

Por parte de los factores del **TAS 20**: En primer lugar tenemos que obtener la puntuación total del TAS-20 ( Escala PT), que consiste en sumar la puntuación seleccionada por los sujetos en cada ítem (1-20), teniendo en cuenta que los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 se valoran de manera inversa (si la escala liker va del total acuerdo 1 al total desacuerdo 5...en estos ítems se invierte, es decir, si el sujeto marca 5, hay que sumar 1.....); en segundo lugar la Escala DIS (Dificultad para Identificar Sentimientos), (hay que sumar igual que antes, teniendo en cuenta qué ítems van a la inversa), los ítems que forman este factor son: 1,3,4,6,7,9,13 y 14; en tercer lugar la Escala DDS, ( Dificultad para Describir Sentimientos) igual que antes pero los ítems son 2,4,11,12,17 (recordando, que el 4 es a la inversa) y en cuarto lugar, el Patrón de Pensamiento orientado a lo Externo (PE) ítems 5,8,10,15,16,18,19,20 ( el 5,10,18,19 a la inversa).

**b) EL G.H.Q. GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (G.H.Q.-28) (CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD) Goldberg y Hillier, 1979**

El GHQ de Goldberg fue desarrollado en 1972 con una muestra básica de 140 ítems que cubrían distintos aspectos relacionados con las áreas de:

- Salud General y Sistema Nervioso Central (17 ítems)
- Cardiovascular, Neuromuscular y Gastrointestinal (18 ítems)
- Sueño e Insomnio (19 ítems)
- Comportamiento observable: Comportamiento personal (22 ítems)
- Comportamiento Observable Relación con los demás (20 ítems)
- Sentimiento Subjetivos: Inadecuación y tensión (25 ítems)
- Sentimientos Subjetivos: Principalmente depresión y ansiedad (19 ítems)

Este conjunto de ítems provenía del estudio de Vernoff y Gurín (1962) y de otros cuestionarios como: El Índice Médico de Cornell; el Inventario de Personalidad de Mandsley; el Manifiesto de Taylor de la escala de Ansiedad y el MMPI. De estos 140 ítems se eliminaron 47 que no diferenciaban adecuadamente a los distintos grupos de sujetos: severamente enfermos, levemente enfermos y sanos.

De este modo aparece la nueva versión larga de 93 ítems, de la cual se realizó un análisis de componentes principales con lo que se obtuvieron 5 factores. Posteriormente se eliminaron 20 ítems que presentaban los resultados más altos en el 1º factor ("Factor General"), y los 36 ítems con los resultados más altos en los cuatro factores restantes. A continuación se incluyeron tres ítems más que indicaban Salud y, finalmente, para redondear el número de ítems se escogió uno con el gradiente más inclinado. Así, surge el diseño del GHQ-60, a partir del cual aparecen otras versiones más reducidas de 30, 28 y 12 ítems.

La característica esencial del GHQ-60 es que distribuye sus ítems entre "Enfermedad General" y "Síntomas Somáticos", Por lo tanto, sus reactivos están en función de las dolencias somáticas. Asimismo, cabe destacar que los últimos ítems del cuestionario hacen referencia al suicidio.

Por su parte Goldberg et al. (1976) proponen seis factores extraídos del método de análisis factorial, para el estudio de 60 ítems:

- Escala A: Enfermedad General
- Escala B: Síntomas Somáticos
- Escala C: Trastorno del Sueño
- Escala D: Disfunción Social
- Escala E: Disfobia y Ansiedad
- Escala F: Depresión Severa

Por parte de los factores del **GHQ-28**, las siguientes escalas:

En primer lugar la **Escala A: PS**, la cual mide los **Síntomas Somáticos**, que consiste en una serie de ítems por medio de cuyos contenidos, el sujeto

dará a conocer que experimenta ciertas sensaciones físicas a las que no encuentra una explicación acertada por sí mismo, y que a menudo tiene su origen en alteraciones psíquicas.

En segundo lugar, la **Escala B: AI**, que mide la **Ansiedad e Insomnio**. Los ítems que componen este factor podrían indicar que el alumno se encuentra en un estado de nerviosismo que le lleva incluso a no conciliar el sueño, reflejando en él una pérdida de seguridad en sí mismo y un grado bajo de felicidad, mostrándose en ocasiones deprimido.

En tercer lugar, la **Escala C: DS**, que mide la **Disfunción Social**, consta de una serie de ítems a través de los cuales el sujeto mostrará su grado de satisfacción con respecto a sus quehaceres cotidianos. Así podrá determinarse si se ve capacitado para enfrentarse a las actividades diarias positivamente y con decisión, y, si, además, le producirá o no bienestar el hecho de llevarlas a cabo.

En cuarto lugar la **Escala D: DS**, que mide la **Depresión Severa**, Este es un factor que se relaciona con un contenido depresivo. Los ítems que lo componen son del tipo “viviendo sin esperanza”, “desear estar muerto y lejos de todo” y “la idea de quitarse la vida se les ha pasado a veces por la cabeza”.

### **c) Eating Attitudes Test (EAT)**

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) (EAT) fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, para la evaluación de las actitudes y del comportamiento de la anorexia. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es la herramienta autoadministrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios.

Se encuentra validada en nuestro medio por Castro y cols. Existe una versión abreviada de 26 ítems (Buelbena y cols., 2000), que posee una alta correlación con la original.

Es un cuestionario autoadministrado de 40 ítems (26 en la versión revisada). Cada uno admite 6 posibles respuestas, que van desde nunca a siempre. Las contestaciones se puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en todas las preguntas, excepto en la 1, 18, 19, 23, 27 y 39, que se puntúan 0, 0, 0, 1, 2, 3. El rango de puntuación va de 0 a 120 (de 0 a 78 en la versión de 26 ítems).

La puntuación total del test distingue entre pacientes anoréxicas y población normal y entre bulímicas y población normal, pero no lo hace entre anoréxicas restrictivas y bulímicas, (Garner y cols.; Buelbena y cols.; Morgan y cols.).

El punto de corte propuesto por los autores es de 30 (S: 100% y E: 93%). Utilizando este mismo punto de corte, en el estudio de la validación española la sensibilidad desciende al 67.9% por esto, Castro propone, de forma empírica, utilizar en nuestro medio un punto de corte de 20, con lo que en población anoréxica la sensibilidad asciende al 91 % y la especificidad se sitúa en el 69%. Los autores explican estas diferencias por la menor puntuación media obtenida en las pacientes anoréxicas españolas, posiblemente porque éstas tienen menos edad en relación con el estudio original.

El test se ha mostrado sensible a las variaciones sintomáticas a lo largo del tiempo (Garner y cols., 1979), obteniendo las pacientes que han superado su patología alimentaria puntuaciones similares a las alcanzadas en controles sanos.

Se ha recomendado su utilización como instrumento de screening (Garner y cols., 1982; Garner y cols. 1983), (sobre todo la versión de 26 ítems, con un punto de corte de 20). El Ministerio de Sanidad, (Gonzalo, 1995), recomienda un punto de corte de 20 en mujeres, >30 en población de riesgo y >50 en población clínica.

En el trabajo, ya clásico, de Garner (1982) se realizó un análisis factorial del EAT-40. Se obtuvieron 3 factores principales y se eliminaron 14 ítems que no se relacionaban con los mismos. Así surgió el EAT -26 que posee similares valores psicométricos que la versión de 40 ítems y sus puntuaciones tienen una alta correlación entre sí ( $r=0.98$ ). Los tres factores eran: I: restricción alimentaria,

II: bulimia y preocupación por la alimentación y III: control oral (autocontrol con la comida y percepción de preocupación social por ganar peso).

La importancia del análisis de estos tres factores es doble. Por una parte el factor 1 posee una alta correlación con la puntuación total ( $r=0.93$ ), sugiriéndose que podría utilizarse como una escala corta de 13 ítems que sustituiría al EAT-26. Además, si bien la puntuación total del EAT-40 y del EAT-26 no diferencia entre pacientes anoréxicas restrictivas y bulímicas, las subescalas II y III sí lo hacen. En pacientes bulímicas se obtienen puntuaciones mayores en el factor II (bulímicas 10.6 (SD 4.8), restrictivas 5.2 (SD 4.)) y menores en el III (bulímicas 7.0 (SD 5.7), restrictivas 9.7 (SD 5.5)) que en las restrictivas. Puntuaciones más elevadas en el factor II se han asociado a peor pronóstico y puntuaciones elevadas en el III a mejor pronóstico evolutivo.

El EAT-26 se ha empleado para la descripción de factores sociales y epidemiológicos relacionados con las alteraciones del comportamiento alimentario (Garner y cols., 1985; Garne y cols., 1980; Behar, 1998).

La distinción entre pacientes anoréxicas y bulímicas no está claramente estandarizada. Existen diferencias importantes entre la validación española y la escala original en cuanto a puntos de corte.

Posee una buena validez discriminante (0,87) y correlación de los ítems con la puntuación total, salvo en tres de ellos, que se mantuvieron en el cuestionario por su relevancia clínica.

En el análisis factorial de los autores (Garner y cols., 1979), se obtuvieron 7 componentes principales (preocupación por la comida, imagen corporal delgada, vómitos y abuso de laxantes, restricción alimentaria, comer con lentitud, comer a escondidas y percepción de presión social para ganar peso). En estudios posteriores, (Garner y cols., 1982; Wells y cols., 1985; Eisler y cols., 1985), se han propuesto soluciones de 3 ó 5 factores.

Los datos de validez obtenidos en la validación española (Castro J. y cols., 1991), (coeficiente de validez global  $r$  biseral 0.61) son similares a los de los autores citados, salvo en el punto de corte propuesto y en el análisis factorial

que mostró la existencia de sólo tres factores, denominados: a) restricción alimentaria y preocupación por la comida, b) presión social percibida y malestar ante la ingesta y c) trastornos psicobiológicos.

### **5.3. PROCEDIMIENTO**

Este estudio de investigación se llevó a cabo en dos grandes etapas: en la primera se preparó el material durante los meses de febrero y marzo de 2003 buscando el modelo de folio adecuado para que los alumnos tuviesen una sola hoja a mano de una manera práctica. De ahí que se optara por el folio DIN-A3 doblado poniendo la TAS-20 en la primera cara, el GHQ-28 en las dos centrales, y el EAT-40 en la cuarta cara, para que no mezclasen unos tests con otros, se centraran en cada uno, y las normas fuesen exclusivas de la prueba que estaban contestando en ese momento. También el investigador se familiarizó con los cuestionarios, el tipo de preguntas, las posibles dudas que se podían plantear, las normas de aplicación, así como con el tiempo que podían llevar las respuestas, buscando los días y momentos idóneos para que los alumnos contestasen de una manera más tranquila y sincera a las preguntas. De ahí que evitara fechas de épocas de exámenes, vacaciones cercanas, excursiones, etc., para que no trataran de responder de una manera rápida o con poca concentración.

Posteriormente, se seleccionaron los grupos de sujetos que iban a participar en el estudio. Se buscó una muestra lo suficientemente representativa en número, más de quinientos alumnos de enseñanza privada por cada una de las cuatro provincias gallegas y más de doscientos cincuenta en la enseñanza pública, por las dificultades de tiempo y de poder contactar con todos los centros. Una vez decidido esto, se procedió a solicitar los correspondientes permisos.

La estrategia básica se llevó a cabo de dos maneras. Con los centros de enseñanza privada, fue muy sencillo, ya que el investigador conocía a casi todos los directores de los mismos y a través del teléfono, o bien personalmente, se puso en contacto con todos y avisando con un tiempo prudencial lo resolvió de una manera fácil, concretando después con una semana de antelación, las fechas de aplicación en cada centro. En los centros públicos contactó con jefes de estudios, orientadores o bien algún profesor para que hablando

posteriormente con los directores se lograron los permisos oportunos. Esto llevó más tiempo lo que provocó que hubiese que prolongar el periodo de aplicación en mayo de 2003 y en octubre, noviembre, enero y febrero de 2004.

Hubo directores que solicitaron aclaración del GHQ-28 y el EAT-40 por considerar que algunas preguntas de estos tests, les parecían muy comprometidas, de ahí, que cuando se veían problemas de aplicación en tales centros se buscaran otros donde no los presentaban. Esto motivó que la muestra fuese menor sobre en todo en alguna zona rural y que llevase también más tiempo el conseguirla por la variedad de centros que había que buscar. Tengo que resaltar que si no llega a ser por la colaboración de algún orientador y de algún profesor en concreto, hubiese sido muy difícil o imposible obtener la muestra que al final se ha logrado, dado el número de alumnos que presenta, tanto para la zona urbana, como para la rural.

Una vez obtenida la aceptación para poder aplicar las pruebas, se les aclaró a los directores que la aplicación de las mismas no llevaba más de 25 minutos y que no se iban a interrumpir los ritmos de las clases ni los periodos de exámenes o actividades especiales que tuvieran. Se fijaron las fechas y los momentos más adecuados tanto para los centros, como para lograr una mejor respuesta de los alumnos, así mismo, se planteó también la actividad de contestar los tests como un proceso más de educación para la salud en un contexto de transversalidad.

La muestra recogida en Galicia fue según las distintas variables expuestas con anterioridad.

Hay que hacer notar que la aplicación de los tests salvo excepciones que hubo que repetir, fue sencilla y de colaboración total. Al investigador le acompañaba siempre en los centros privados alguien de la dirección o bien algún orientador o profesor para que no resultase extraño a los alumnos y colaborasen de una manera positiva. En los centros públicos se aplicaron las pruebas a través de los correspondientes orientadores de los mismos, que una vez comprendidas las normas explicadas por el investigador, procedían a su ejecución con los alumnos, dándoles absoluta normalidad al desarrollo de las mismas.

Se les dejaba muy claro a los alumnos que las respuestas eran anónimas, ya que el que iba a corregir las pruebas no los conocía; pero si alguno quería cambiar el nombre podía hacerlo, procurando poner un nombre masculino para chicos y otro femenino para chicas. El resto de datos de los alumnos: edad, curso, grupo, centro, ciudad, permiten al investigador identificar el centro al que se refieren y si es de zona rural o urbana.

Todas las pruebas fueron aplicadas en grupo, en la clase correspondiente de los alumnos para dar absoluta normalidad a las mismas y para que las viesen como una actividad más. Se evitó así el tener que hacerlo en otros locales o con compañeros que no fuesen de su clase. Hubo tutores que al terminar la prueba, aprovecharon para dialogar y tratar con sus alumnos problemas de salud y de alimentación, resultando, según opinión de algunos, una experiencia muy positiva y enriquecedora. Tengo que decir, que el orden en las clases y la seriedad facilitaron las respuestas de los tests.

Los alumnos podían contestar con lápiz por si tenían que borrar, pero al que deseó hacerlo a bolígrafo se le permitió también, ya que la corrección iba a ser manual.

El material era repartido a los alumnos por el investigador, el profesor o los compañeros. Y una vez que habían rellenado todos los datos y entendido las normas de respuesta que se les habían explicado, procedían a la contestación de las preguntas. Venían tardando en responder a las mismas unos 20 ó 25 minutos en total.

Una vez aplicados y recogidos todos los tests hubo que excluir un gran número de ellos en un centro y aplicar en otro el número equivalente, ya que a la hora de recogida de datos, algún profesor tergiversó la información dada y los alumnos pidieron que se tachasen todos sus datos y no apareciese ninguno en sus pruebas. No obstante, a ningún alumno se le ha comunicado su exclusión ni al centro correspondiente, dado que ellos no fueron responsables de esta situación, hecho aislado de un solo profesor, para que no se sintiesen discriminados con los que sí reflejaron sus datos o con los centros que colaboraron con normalidad.

En la enseñanza privada, se pudo aplicar todo en el mes de abril de 2003, ya que se contó con la ayuda de los equipos de orientación de los centros, que facilitó mucho las cosas.

En los centros públicos, las pruebas fueron aplicadas desde abril de 2003 hasta febrero de 2004, debido a la dispersión de los centros rurales y a que hubo que ir contactando con orientadores, profesores, jefes de estudios y directores para llevar a cabo el trabajo. Uno de las causas que también retrasó la aplicación, fue debido a que en un centro no consignaron los datos que identificaban si eran alumnos o alumnas y hubo que repetir las pruebas en otro instituto, con el fin de que los alumnos no conocieran las preguntas y distorsionaran las respuestas en una segunda aplicación. Así mismo, todos los tests que no se vieron sinceros o que presentaban dudas en las respuestas, fueron anulados. En total se anularon más de 200.

Antes de la aplicación de las tres pruebas, se les daba el folio de DIN-A3 donde iban los tests. En la primera hoja figuraban los datos de los alumnos que se querían recoger: Nombre del Alumno/a -real o imaginario, ya que lo que importaba era el sexo-, Curso, Edad, Fecha de Nacimiento, Centro: público o privado; Profesión y Edad de los padres y, por último, Familiares con los que convive. Se les explicaba cómo debían contestar las pruebas, dándoles las mismas orientaciones a todos, que eran las siguientes:

1. En primer lugar se les recalca que rellenasen bien todos los datos personales que figuraban en la primera hoja, comprobando que lo hacían correctamente; a continuación se les explicaba cómo debían contestar TODAS las preguntas con sinceridad y según la escala de la **TAS-20**: 1 Totalmente en desacuerdo; 2 Moderadamente en desacuerdo; 3 No sé. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 Moderadamente de acuerdo; 5 Totalmente de acuerdo. Y por último, por si quedaba alguna duda, se les ponía un ejemplo de una pregunta para que entendiesen tanto ésta como la respuesta que tenían que dar.
2. En el **GHQ-28** se les ponía escrito en la parte superior de la hoja: "Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado su salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS

las preguntas, simplemente poniendo una X en la casilla que más se acerque a lo que usted siente o ha sentido. Recuerde que no queremos saber los problemas que haya podido tener en el pasado, sino lo reciente y actual. Muchas gracias por su colaboración”. Por si acaso no quedaba claro, se les recalca, lo de “molestias o trastornos de salud en las últimas semanas” y lo de contestar a “TODAS las preguntas”, así mismo se les ponía un ejemplo de una de ellas: “Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma: Mejor de lo habitual, Igual que lo habitual, Peor que lo habitual o Mucho peor que lo habitual” y se les mandaba poner la X donde respondiese mejor a lo que ellos habían sentido; a continuación se les decía que debían leer bien las preguntas y contestar con las respuestas más adecuadas a ellos mismos.

3. En tercer lugar, en el **EAT-40**, se les encabezaba la hoja también con el siguiente escrito: “Por favor, coloque una X sobre la casilla que mejor refleje su situación para cada una de las frases enumeradas a continuación. Todos los resultados serán estrictamente confidenciales. La mayoría de las frases se refieren a las comidas o a los alimentos, pero también se ha incluido otro tipo de cuestiones. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta. Gracias”. Se les insistía mucho en que pusiesen la X en el lugar correspondiente, y en que las respuestas “iban a ser estrictamente confidenciales”, aparte de que se les recordaba que podían escribir otro nombre si no querían que se les identificase. También se les ponía un ejemplo de una pregunta para que lo entendieran: “Me gusta comer con otras personas”: Siempre, Muy a Menudo, A Menudo, A veces, Rara vez, Nunca. El modelo de impreso de aplicación de las tres pruebas, figura en el Anexo.
4. Una vez que habían comprendido todo se procedía a la contestación de todos los tests; no obstante había que indicarles que en el EAT-40 estaba la pregunta 23: “Tengo menstruaciones regulares”, que era sólo para chicas; algunos adolescentes que no habían estado atentos a ella, contestaban que ellos no eran “chicas”.
5. El hecho de presentar los tests en un solo folio DIA-A3 doblado a la mitad, ayudaba a que el alumno/a no tuviese que andar con varias hojas;

por otro lado, esto facilitó mucho las cosas tanto para la aplicación como para la corrección posterior.

6. A todos los alumnos se les agradecía su colaboración, y ya desde el primer momento se trataba de crear un ambiente positivo en la clase; de ahí que se buscara la persona más idónea para lograrlo, bien fuese el tutor, bien el orientador o profesor de alguna asignatura, quien les motivase para lograrlo antes de la aplicación.
7. El reparto de los cuadernillos se hacía con alumnos de la clase para crear más normalidad y la mínima expectación posible, de tal manera que lo viesen como una actividad más en su acontecer diario de clase y se lograse un ambiente sano y sincero. Se les mandaba antes guardar todo dentro del pupitre y dejar sólo fuera el lápiz y la goma para que no les distrajesen nada. A continuación se les explicaban todas las normas anteriores y después ya procedían a responder a las preguntas propuestas. Se les indicaba que no había tiempo estricto para ello y según iban acabando, daban las hojas al profesor o persona que estaba allí presente. A continuación seguían con su tarea normal de clase.
8. Hay que decir, que salvo excepciones, entendían a la primera las explicaciones, y si alguno no las comprendía, se le aclaraban sin influir en las respuestas. Si durante la aplicación algún alumno tenía alguna duda con alguna pregunta, levantaba la mano y el investigador se la aclaraba.
9. Para este tipo de pruebas en estas edades, la experiencia nos dice que los alumnos contestan mejor un cuestionario a su profesor o al orientador de su centro, que a “un desconocido” al que a veces no toman en serio, de ahí, que haya sido necesaria su colaboración, y tenemos que decir que se ha contado con ella en todos los centros donde fueron aplicados los tests.
10. El experimentador fue siempre el mismo, quien explicó a los alumnos, tutores u orientadores cómo tenían que realizar las pruebas: TAS-20, GHQ-28 y EAT-40, para que no hubiese interpretaciones distintas de cómo aplicarlas.

11. La corrección de los tests, ha sido toda manual, teniendo en cuenta las plantillas adecuadas para ello, y todos los datos han sido pasados entre dos personas para evitar confusiones de tener que ser uno sólo el que leyese los resultados y los pasara al ordenador. No se pudo hacer de una manera mecánica, por no tener a tiempo las plantillas y poder elaborarlas informáticamente. De vez en cuando, se hacían pruebas de comprobación para evitar tener fallos a la hora de pasar los datos, lo cual resultó una labor ardua y lenta, pero quedó la satisfacción de la fidelidad de las respuestas.

---

**CAPÍTULO VI.**  
**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

Se han empleado las técnicas multivariadas de análisis de datos, no sólo por las ventajas de las mismas en trabajos de esta índole, sino también como procedimiento descriptivo y heurístico, y como medio de presentar en los modelos de análisis la complejidad de la problemática de las variables examinadas. Se han llevado a cabo los análisis de la siguiente manera:

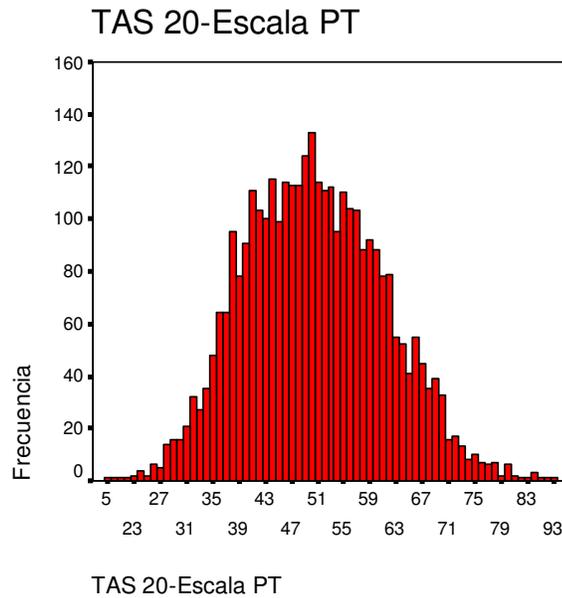
- a) Descriptivo, reflejando las medias y desviaciones típicas de todas las variables dependientes.
- b) Comparativo, estudiando la influencia de las distintas variables dependientes: (“Sexo”, “Edad”, “Lugar de nacimiento”, “Provincia”, “Centro”, “Edad del Padre”, “Edad de la Madre”, “Profesión del padre”, “Profesión de la Madre”, “Familiares con los que convive”).
- c) Correlacional viendo la relación entre las distintas variables independientes.

El estudio de los datos se ha llevado a cabo utilizando el SPSS, versión nº 11.

## **6.1. DESCRIPTIVO**

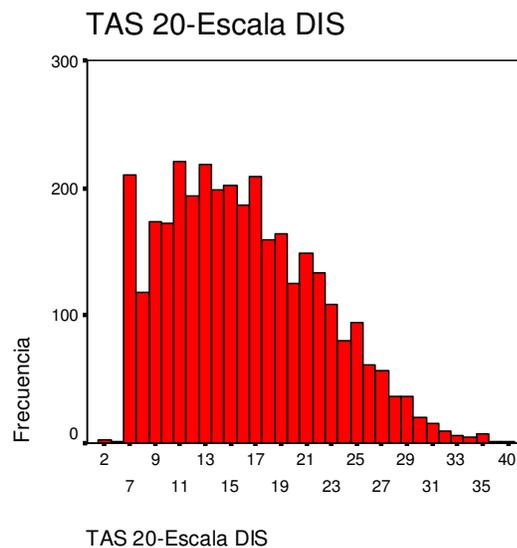
### **A. TAS-20**

En la Puntuación Total de la TAS-20 si establecemos el punto de corte en 60, siguiendo a Taylor et al. (1996), nos encontramos con que el 79,2% de la muestra de adolescentes, no presenta problemas de alexitimia, mientras que el 20,8% sí presentaría este trastorno. La tabla con el número de frecuencias y porcentajes se encuentra en el Anexo ([I.3](#)), y la gráfica que resulta vemos que es la de una curva normal, que nos indica que no existen problemas de alexitimia en su mayoría (G.15).

**Gráfica 15**

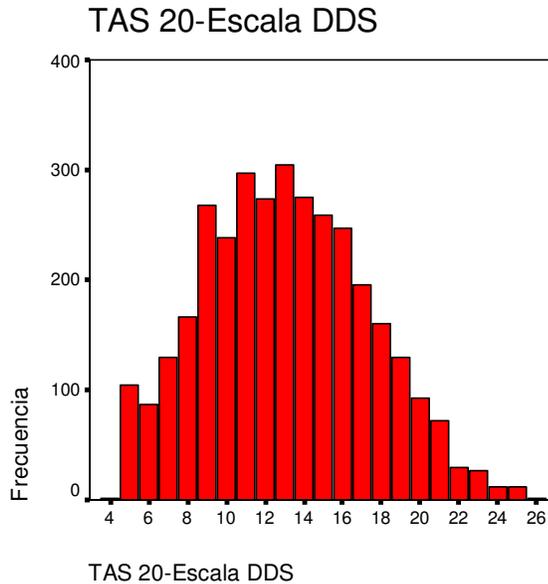
**a) TAS-20 – ESCALA DIS (Dificultad para Identificar Sentimientos)**

La Escala DIS nos habla de la dificultad que tienen los alumnos para identificar los sentimientos, se halla en el Anexo ([T.4](#)) la tabla de frecuencia y de porcentaje, y la gráfica que resulta nos da también exenta de problemas, como vemos a continuación.

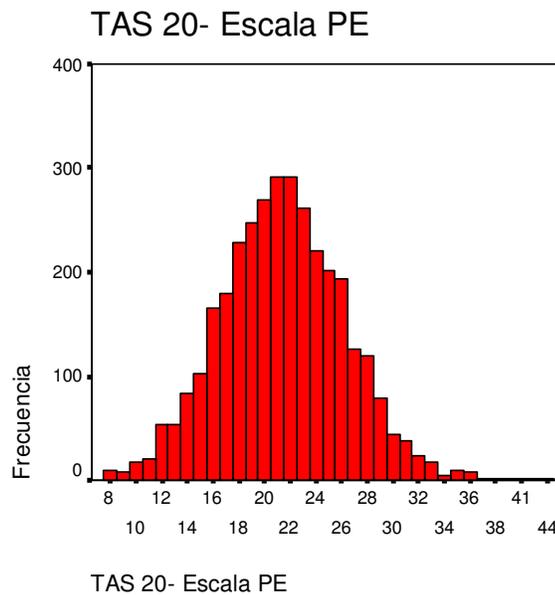
**Gráfica 16**

**b) TAS-20 – ESCALA DDS (Dificultad para Describir Sentimientos)**

Tampoco presentan problemas los alumnos/as en la Escala DDS y la Tabla de frecuencias y porcentajes está en el Anexo ([T.5](#)). La gráfica que resulta, al igual que las anteriores es la de una curva normal.

**Gráfica 17****c) TAS-20- ESCALA PE (Pensamiento orientado a lo Externo)**

Los adolescentes gallegos, al igual que en las escalas anteriores sigue presentando una curva normal en su distribución como se observa en la gráfica siguiente y la Tabla de frecuencia y porcentajes que ha resultado, se halla en el Anexo ([T.6](#)).



**Gráfica 18**

## B. GHQ-28

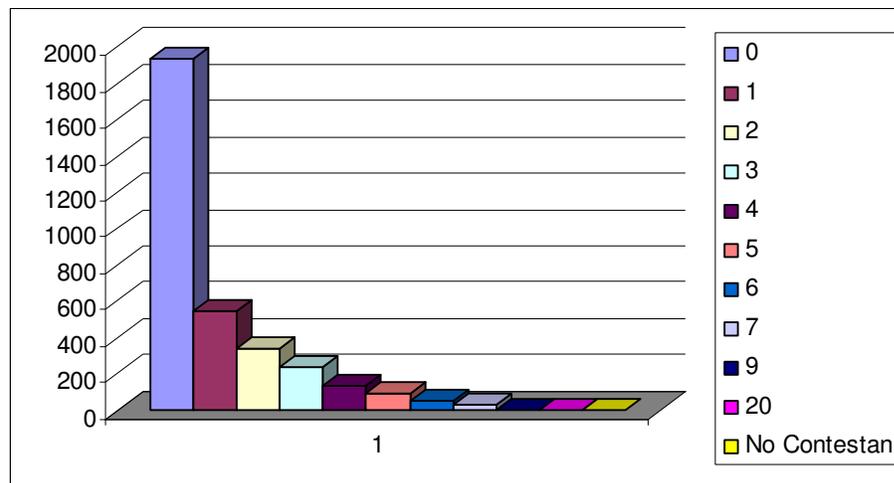
### a) GHQ-28 – ESCALA A :PS ( Preocupaciones Somáticas)

Observando la Tabla de frecuencias y porcentajes, comprobamos que respecto a las Preocupaciones Somáticas de los adolescentes gallegos, nos da una población sana, ya que si tenemos en cuenta que los problemas se presentarían a partir de una puntuación superior a 6, (el 99,0% está igual o inferior a esta cantidad), de ellos el 57,3 % es de puntuación 0 (1942 alumnos), y por debajo de la puntuación 4 está el 90,6%, nos dice claramente que no tienen problemas con su cuerpo. La Escala revela que el 1,0%, 35 alumnos de los 3385 que contestaron, presenta una patología o predisposición a tener problemas de Preocupaciones Somáticas (T.12 y G. 19). Las preguntas que nos dan estos valores son las 7 primeras y se enuncian de la siguiente manera: ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?: Mejor, igual, peor o mucho peor que lo habitual; ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?: No, en absoluto, No más que lo habitual, Bastante más que lo habitual, Mucho más que lo habitual. Etc.

La gráfica vemos que es significativa negativamente.

**Tabla 12: GHQ-28-Escala A: PS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1942	57,3	57,4	57,4
	1	545	16,1	16,1	73,5
	2	345	10,2	10,2	83,7
	3	235	6,9	6,9	90,6
	4	136	4,0	4,0	94,6
	5	92	2,7	2,7	97,3
	6	55	1,6	1,6	99,0
	7	33	1,0	1,0	99,9
	9	1	,0	,0	100,0
	20	1	,0	,0	100,0
		Total	3385	99,9	100,0
Perdidos	Sistema	4	,1		
	Total	3389	100,0		

**GHQ-28-Escala A: PS****Gráfica 19****b) GHQ-28- ESCALA B-AI (Ansiedad e Insomnio)**

La Escala AI nos da también una población de adolescentes sanos, ya que el 98,5% está por debajo del valor 7, estando el 85,6% por debajo del 4. Presentan predisposición o problemas 51 alumnos, en un porcentaje del 1,5% del total de alumnos que respondieron (T.13 y G.20). Podemos deducir que los

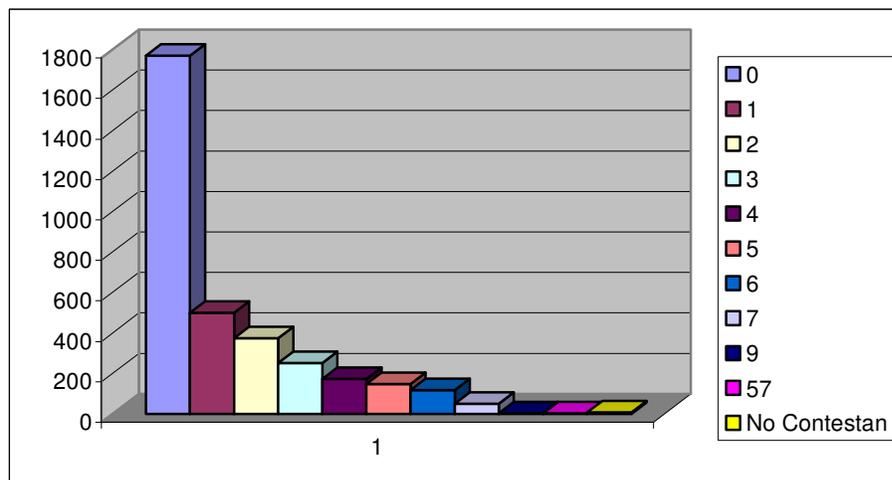
adolescentes gallegos duermen bien y no padecen problemas de ansiedad. Las preguntas que responden a estas puntuaciones van de la 8 a la 14 del test y están formuladas algunas de la siguiente manera: ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?: No, en absoluto; No más de lo habitual, Bastante más que lo habitual, Mucho más que lo habitual. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? No, en absoluto, No más que lo habitual, Bastante más que lo habitual, Mucho más que lo habitual. Etc.

La gráfica que resulta también es significativa negativamente.

**Tabla 13: GHQ-28-Escala B: AI**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1770	52,2	52,4	52,4
	1	500	14,8	14,8	67,1
	2	373	11,0	11,0	78,2
	3	250	7,4	7,4	85,6
	4	173	5,1	5,1	90,7
	5	147	4,3	4,3	95,0
	6	117	3,5	3,5	98,5
	7	49	1,4	1,4	99,9
	9	1	,0	,0	100,0
	57	1	,0	,0	100,0
	Total	3381	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	8	,2		
	Total	3389	100,0		

**GHQ-28-Escala B: AI**



**Gráfica 20**

### c) GHQ-28-ESCALA C: DS (Disfunción Social)

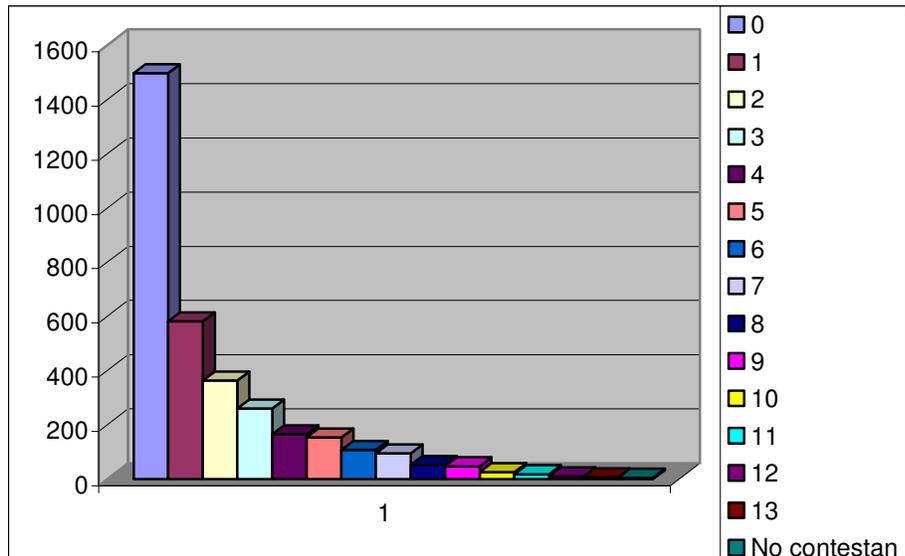
La Escala de DS refleja que los adolescentes gallegos tampoco presentan problemas de Disfunción Social, que el 92,4% está por debajo del valor 7, y solamente un 7,6% presenta preocupaciones en este aspecto (T.14 y G.21). Vemos que hay más alumnos/as, 256, que plantean problemas de disfunción social que preocupaciones somáticas, quizás sea debido a los complejos y falta de seguridad en sí mismos que se plantean sobre todo en la época de la adolescencia. Los ítems que se han sumado para alcanzar estos valores, van del 9-21 del test y tienen preguntas como: ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

La gráfica sigue siendo negativamente significativa.

**Tabla 14: GHQ-28-Escala C: DS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1496	44,1	44,2	44,2
	1	582	17,2	17,2	61,4
	2	363	10,7	10,7	72,1
	3	261	7,7	7,7	79,8
	4	165	4,9	4,9	84,7
	5	153	4,5	4,5	89,2
	6	108	3,2	3,2	92,4
	7	95	2,8	2,8	95,2
	8	52	1,5	1,5	96,8
	9	48	1,4	1,4	98,2
	10	26	,8	,8	99,0
	11	18	,5	,5	99,5
	12	10	,3	,3	99,8
	13	7	,2	,2	100,0
	Total	3384	99,9	100,0	
Perdidos	Sistema	5	,1		
Total		3389	100,0		

### GHQ-28-Escala C: DS



Gráfica 21

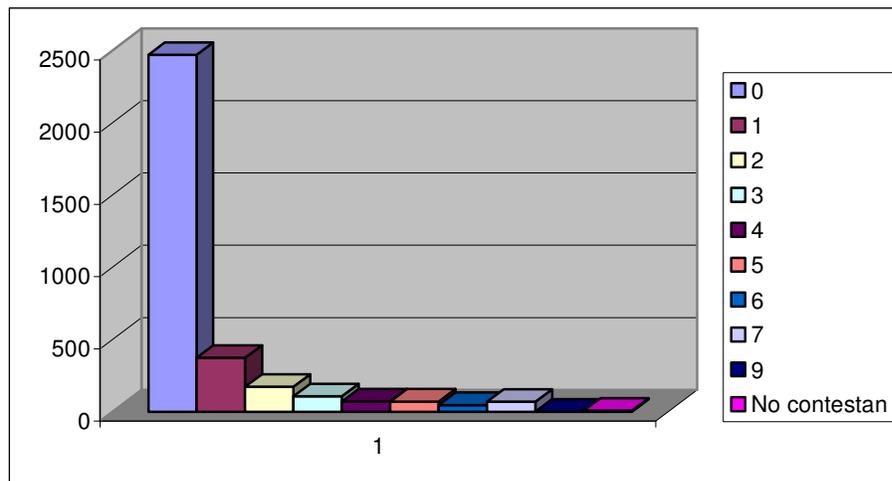
#### d) GHQ-28-ESCALA D: DS (Depresión Severa)

La Escala DS nos presenta el mayor número de adolescentes con puntuación 0 de todo el test, 2469, el 73%, y el 97,9% con puntuación inferior a 7. Tienen esta puntuación de 7, 69 alumnos/as, un 2,0%, y 1 la supera con 9 de puntuación, lo que nos da un riesgo de padecer Depresiones Severas o estar propensos a ellas en un porcentaje mínimo (T.15 y G.22). Estos valores se hallan de sumarlos en los ítems 22-28 y responden a las preguntas: ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza? No, en absoluto, No más que lo habitual, Bastante más que lo habitual, Mucho más que lo habitual; ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?: Claramente, no, Me parece que no, Se me ha cruzado por la mente, Claramente lo he pensado, etc.

La gráfica resultante, es también negativamente significativa.

**Tabla 15: GHQ-28-Escala D: DS**

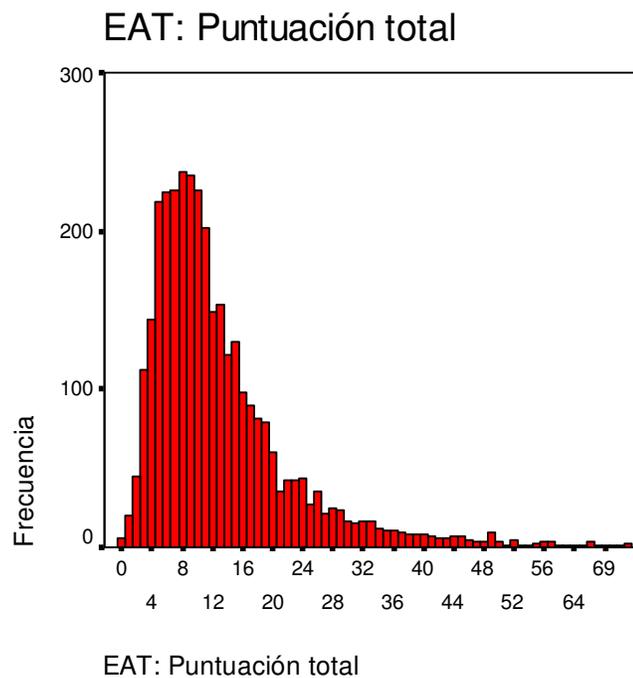
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2469	72,9	73,0	73,0
	1	372	11,0	11,0	84,0
	2	174	5,1	5,1	89,1
	3	108	3,2	3,2	92,3
	4	71	2,1	2,1	94,4
	5	71	2,1	2,1	96,5
	6	47	1,4	1,4	97,9
	7	69	2,0	2,0	100,0
	9	1	,0	,0	100,0
		Total	3382	99,8	100,0
Perdidos	Sistema	7	,2		
	Total	3389	100,0		

**GHQ-28-Escala D: DS****Gráfica 22****C. EAT- 40****a) EAT- 40-PT**

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test) (EAT) evalúa las actitudes y el comportamiento de la anorexia. Es la herramienta autoadministrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los

desórdenes alimentarios. Se considera población de riesgo la que supera la puntuación 30 en el test, aunque el Ministerio de Sanidad propone un punto de corte en 20 para mujeres y de 50 en población clínica. Observando los resultados de la puntuación total, vemos que la muestra de los adolescentes gallegos nos da que un 84,7% tiene puntuaciones de 20 o inferiores a 20 y un 94% tendría un valor de 30 o inferior a 30, por lo que un 6% (218 alumnos/as) sería la población con riesgo de padecer trastornos alimenticios, y de estos, un 0,9% (32 alumnos/as) estaría dentro del porcentaje de la población clínica con un valor de 50 o superior a 50.

Las puntuaciones de todos los sujetos en esta escala se hallan en el Anexo (T.7), y la gráfica que figura a continuación vemos que al igual que todas las anteriores es significativamente negativa.



**Gráfica 23**

**D. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE TODAS LA VARIABLES DEPENDIENTES**

	TAS-20				GHQ-28				EAT-40
	ESC-PT	ESC-DIS	ESC-DDS	ESC-PE	Esc. A-PS	Esc. B-DS	Esc. C-AI	Esc.D -DS	Punt-Total
<b>N: Válidos</b>	3380	3380	3380	3380	3385	3384	3381	3382	3374
<b>N:Perdidos</b>	9	9	9	9	4	5	8	7	15
<b>Media</b>	50,50	16,08	13,06	21,43	1,04	1,88	1,34	.73	13,19
<b>Desv. Tip</b>	10,692	6,052	4,234	4,837	1,622	2,556	2,075	1,569	9,870

**6.2. COMPARATIVO****6.2.1. PROVINCIA DE RESIDENCIA****A) Anova de un factor (Anexo [Tabla 8](#)):**

No hay ninguna Desviación Típica significativa.

El Error Típico es significativo en el Test GHQ-28, Escala A:PS en la provincia de Orense, así como en el Total y el resto de escalas en el Total.

**B) Prueba de homogeneidad de varianzas (An. [T.9](#))**

En el Estadístico de Levene da una diferencia significativa en todas las Escalas del GHQ y en el EAT, es decir en la variabilidad de Preocupaciones Somáticas, Ansiedad e Insomnio, Disfunción Social, Depresión Severa y Trastornos alimenticios, con unos niveles de significación: ,000; ,000; ,001; 000 y ,003, respectivamente, todos muy inferiores a ,05.

**C) Anova inter, intra-grupos (An. [T.10](#))**

El análisis de varianza del factor provincia de residencia Inter e Intra-grupos, al comparar las medias con los datos independientes, nos da unas diferencias muy significativas en todos los Tests: TAS 20, GHQ-28 y EAT, ya que se encuentra la Sig. entre ,000 y ,002 y la F entre 4.864 y 10.384. Posteriormente se analizarán estas diferencias.

**D) Comparaciones múltiples (An. [T.11](#))****a) TAS 20-Escala PT:**

Vemos que hay diferencias significativas en la Puntuación Total de la TAS 20 entre los alumnos que residen en La Coruña y los que lo hacen en Lugo Sig = ,008 y Pontevedra Sig = ,005

**b) TAS 20-Escala DIS**

Vemos que existen diferencias muy significativas en la Escala de la Dificultad para Identificar Sentimientos entre los alumnos que residen en La Coruña, con respecto a las otras tres provincias gallegas: Lugo Sig = ,000; Orense Sig = ,001 y Pontevedra Sig = ,001, no existiendo ninguna diferencia significativa entre los residentes en las otras tres provincias entre sí.

**c) TAS 20-Escala DDS**

Vuelven a existir diferencias significativas entre los alumnos/as que residen en La Coruña y los que lo hacen en las otras tres provincias gallegas en la Escala de la Dificultad para Describir Sentimientos con grados de significatividad de ,023 con Lugo; ,021 con Orense y ,001 con Pontevedra.

**d) TAS 20-Escala PE**

En la Escala del Pensamiento orientado al Exterior las diferencia significativa se centra en los alumnos/as residentes en Orense con respecto a los residentes en las otras tres provincias gallegas con grados de significatividad de ,000 con respecto a La Coruña; ,003 con Lugo y ,000 con Pontevedra.

**e) Conclusiones de laTAS-20**

Las conclusiones que se podrían sacar a la vista de los datos de la TAS 20, es que quizás la diferencia significativa en las Escalas DIS y DDS de la Coruña con respecto a las otras provincias pueda venir marcado por el distinto nivel de vida general que existe en estas provincias, y en la Escala PE la

diferencia de Orense con las otras tres pueda ser debido a que es una provincia totalmente de interior y hay un sector de alumnos de zona rural, (aunque también existe en Pontevedra, pero una muestra importante es de Vigo ciudad muy cosmopolita y de cara al mar). Lugo aunque casi también es interior sin embargo tiene una zona de mar que le da otro sentido y además toda la muestra es sólo de la capital.

## **E) GHQ-28**

### **a) Escala A: PS**

En la Escala de las Preocupaciones Somáticas del GHQ-28 sale una diferencia significativa entre los alumnos que residen en Orense y el resto de provincias gallegas con un grado de significatividad de ,030 con respecto a los residentes en La Coruña y ,001 con los de Lugo y Pontevedra.

### **b) Escala B: DS**

Hay diferencia significativa en la Escala de Disfunción Social entre los alumnos que residen en la provincia de La Coruña con los que residen en las de Lugo de ,002 y Pontevedra de ,031. Los alumnos residentes en la provincia de Orense no presentan ninguna diferencia significativa con los residentes en ninguna de las otras tres provincias, ni los que residen en Lugo y Pontevedra entre sí.

### **c) Escala C: AI**

En la Escala de Ansiedad e Insomnio, los alumnos/as residentes en la provincia de Lugo, presentan una diferencia significativa con los alumnos que residen en las provincias de La Coruña con ,000 y Orense con ,003, no presentándola con los que residen en Pontevedra, ni esta última con los que residen en La Coruña y Orense.

**d) Escala D: DS**

En la Escala de Depresión Severa, los alumnos que residen en La Coruña presentan una diferencia significativa de ,005 con los que residen en Pontevedra y de ,000 con los que residen en Lugo. Éstos a su vez la presentan además con los alumnos que residen en Orense con ,002 de diferencia significativa, no existiendo ninguna entre los que residen en la provincia de Pontevedra con los de Lugo y Orense, ni los de Orense con los de La Coruña.

**F) EAT: Puntuación Total**

En la Escala de Trastornos Alimenticios, hay diferencias significativas entre los alumnos residentes en las provincias de La Coruña y Lugo con ,013 de significatividad; éstos a su vez presentan diferencias significativas con los residentes en Pontevedra con un grado de ,031, mientras que los que residen en La Coruña, Orense y Pontevedra no presentan entre sí ninguna diferencia significativa.

**G) Subconjuntos homogéneos (An. [T.12](#))**

De Acuerdo con las diferencias significativas o no entre las medias de los mismos, se construyen los subconjuntos o subgrupos homogéneos, de ahí que en el (An. [T. 13](#)) la TAS 20-Escala DIS, el primer subgrupo esté formado sólo por los alumnos residentes en la provincia de La Coruña, ya que existen diferencias significativas en las medias con los alumnos residentes en las otras tres provincias gallegas: Orense, Pontevedra y Lugo, que forman el otro subconjunto.

**Nota:** El orden que se establece en los subconjuntos va siempre de menor a mayor diferencia de media entre ellos.

En la TAS 20-Escala DDS, (An. [T.14](#)), existen también dos subconjuntos formados el primero por los alumnos residentes en la provincia de La Coruña y el Segundo por las de Lugo, Orense y Pontevedra, debido también a las diferencias significativas existentes entre las medias de estos dos subconjuntos.

En la TAS 20-Escala PE, (An. [T.15](#)), el primer subconjunto está formado por los alumnos residentes en la provincia de Orense y el segundo por los alumnos que residen en La Coruña, Lugo y Pontevedra, dadas las diferencias significativas entre las medias de ambos subconjuntos.

En el GHQ-28-Escala A: PS, (An. [T.16](#)), el primer subconjunto está formado por los alumnos que residen en la provincia de Orense y el segundo por los residentes en las provincias de La Coruña, Lugo y Pontevedra.

En el GHQ-28-Escala B: DS, (An. [T.17](#)), el primer subconjunto está formado por los alumnos residentes en las provincias de La Coruña y Orense, y el segundo por los residentes en las provincias de Orense, Pontevedra y Lugo, dado que La Coruña presenta diferencias significativas en la media con Pontevedra y Lugo, pero no con Orense, y por eso están hechos así los subconjuntos.

En el GHQ-28- Escala C: AI, (An. [T.18](#)), el primer subconjunto está formado por los alumnos residentes en las provincias de La Coruña, Orense y Pontevedra, y el segundo por los residentes en las provincias de Pontevedra y Lugo.

En el GHQ-28-Escala D: DS, (An. [T.19](#)), el primer subconjunto está formado por los alumnos residentes en las provincias de La Coruña y Orense, el segundo por los residentes en las provincias de Orense y Pontevedra, y tercero por los residentes en las provincias de Pontevedra y Lugo, ya que las diferencias significativas de las medias da lugar a tres subconjuntos diferentes, incompatibilizando otra forma de subconjuntos.

En la Puntuación Total del test EAT, (An. [T.20](#)), el primer subconjunto está formado por los alumnos residentes en las provincias de La Coruña, Pontevedra y Orense y el segundo por los residentes en las provincias de Orense y Lugo.

## 6.2.2. TIPO DE CENTRO: PRIVADO – PÚBLICO

### A) Prueba T

#### a) Estadísticos de grupo (An. [T.21](#))

Observando los Estadísticos del grupo de Enseñanza pública y Enseñanza privada, vemos que no hay ninguna desviación significativa entre ellos en las Escalas de los distintos tests TAS 20, GHQ-28 y EAT. Por otro lado las medias más altas en los dos grupos, se dan en la Escala de Puntuación Total de la TAS 20, con 51,59 en los alumnos de la enseñanza pública y 49,82 en los alumnos de la enseñanza privada, y las medias más bajas en la Escala de Depresión Severa del test GHQ con ,67 en los alumnos de la enseñanza privada y ,82 en los alumnos de la enseñanza pública.

Donde se presentan diferencias significativas es en los errores típicos de las medias en las Escalas de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28 con ,036 en los alumnos de enseñanza privada, ,045 en los alumnos de enseñanza pública; ,039 en la de Ansiedad e Insomnio en los alumnos de enseñanza privada, y en la de Depresión Severa con ,033 en los alumnos de enseñanza privada y con ,047 en los alumnos de enseñanza pública.

#### b) Prueba de muestras independientes (An. [T.22](#))

En la prueba de Levene para la igualdad de varianzas en los dos grupos, nos da diferencias significativas en las escalas de Puntuación Total con ,039; en la de Dificultad para Identificar Sentimientos con ,027 y en la de Dificultad para Describir Sentimientos con ,007 de la TAS 20. Así mismo sigue presentando diferencias significativas en las Escalas del GHQ-28 de Ansiedad e Insomnio con ,000; la de Disfunción Social con ,000 y la de Depresión Severa con ,000, y por último, también presenta diferencias significativas en el test de trastornos alimenticios EAT con ,005 de significatividad.

No se presentan diferencias significativas en las Escalas de Pensamiento Orientado al Exterior de la TAS 20 ni en la de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28.

En la Prueba T para la igualdad de medias hay diferencias significativas (bilateral) en todas las Escalas del test de Alexitimia TAS 20 tanto si se han asumido o no varianzas iguales.

También existen diferencias significativas (bilateral) en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28 asumiendo o no varianzas iguales y por último en la EAT si se asumen varianzas iguales existe también una diferencia significativa (bilateral) de ,047.

### **6.2.3. LOCALIZACIÓN FÍSICA DE LOS CENTROS DE ESTUDIO DE LOS ALUMNOS: ZONAS URBANA Y RURAL**

#### **A) Prueba T (An. [T.23](#))**

Los Estadísticos de las zonas de estudios no nos dan diferencias significativas en la Desviación Típica de ellas, siendo las Medias más altas en la Escala de Alexitimia de la TAS 20 con 52,80 en los alumnos de zona rural y con 50,20 en los de zona urbana, y las Medias más bajas en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28 de los alumnos de la zona urbana con ,69 y de ,98 en los de zona rural.

El error típico de la Media, sí presenta diferencias significativas en todas las escalas del GHQ-28 en los alumnos que estudian en zona urbana.

#### **B) Prueba de muestras independientes (An. [T.24](#))**

La prueba de Levene para la igualdad de varianzas, sí presenta diferencias significativas entre los alumnos que estudian en las zonas rural o urbana, en la Escala de Puntuación Total de la TAS 20 con ,033 de significatividad, y en todas las Escalas del GHQ-28 de Preocupaciones Somáticas con ,000; de Ansiedad e Insomnio con ,001; de Disfunción Social con ,000 y de Depresión Severa con ,000.

### **C) Prueba de muestras independientes**

La prueba T para la igualdad de Medias nos da diferencias significativas (bilateral) tanto si se asumen como si no se asumen varianzas iguales entre los alumnos que estudian en la zona rural como urbana en todas las Escalas de la TAS 20 como las del GHQ-28, con índices de significatividad que varían entre ,000 y ,009. Donde no existen diferencias significativas es en el tests de Trastornos Alimenticios EAT.

#### **6.2.4. EDAD DE LOS SUJETOS**

##### **A) Anova de un factor**

###### **a) Descriptivos (An. [T.25](#))**

No existen diferencias significativas en ninguna de las desviaciones típicas de las edades de los alumnos. Las Medias más altas se dan en los alumnos de 11 años con 57,52 y los de 18 años con 54,64 en la Puntuación Total de Alexitimia de la TAS 20. y las Medias más bajas en los alumnos de 12 años con ,54 y los de 11 años con ,64 en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28.

Existen diferencias significativas en los Errores Típicos de las puntuaciones totales de todas las Escalas del GHQ-28.

###### **b) Prueba de homogeneidad de varianzas (An. [T.26](#))**

En el estadístico de Levene se encuentran diferencias significativas entre los alumnos según la edad en la Escala de Pensamiento orientado al Exterior con ,036, y en todas las Escalas del GHQ-28 con ,000 de significatividad.

##### **B) Anova (An. [T.27](#))**

Entre las edades de los alumnos existen diferencias significativas Inter e Intra-grupos en todas las Escalas de los tests de TAS 20, GHQ-28 y EAT de ,000

de significatividad, a excepción de la Escala de Dificultad para Identificar Sentimientos con ,002 (TAS 20); la puntuación Total de Trastornos Alimenticios con ,007 (EAT) y la de Depresión Severa con ,049 (GHQ-28).

### **C) Pruebas post hoc**

#### **a) Comparaciones múltiples (An. [T.28](#))**

Dentro de la variable dependiente de la edad de los alumnos/as existen diferencias significativas en las medias de la Escala de Puntuación Total de Alexitimia de la TAS 20, entre los que tienen 11 años y 14 con ,043; con los de 15 con ,005 y los de 16 con ,002. También existen diferencias significativas de los alumnos de 12 años con los de 15 con ,012 y 16 años con ,005. Los alumnos de 13 años tienen diferencias significativas con los de 15 y 16 años con ,000. Los de 15 años las presentan con los de 11, 12 y 13 años como se ha expuesto antes, así como los de 16 años. Mientras que los alumnos de 14, 17 y 18 años no presentan diferencias significativas con los de ninguna edad en esta escala.

En la Escala de Dificultad para Identificar Sentimientos de la TAS 20, sólo existen diferencias significativas de las medias entre los alumnos de 11 años con los de 15 años con un índice de significatividad de ,043, y los de 16 años con ,026. Entre las demás edades no existen diferencias significativas.

En la Escala de Dificultad para Describir Sentimientos no existen diferencias significativas en ninguna edad.

En la Escala de Pensamiento orientado al Exterior existen diferencias significativas entre los alumnos de 12 años con los de 14, 15 y 16 años con un índice de significatividad de ,000. Entre los alumnos de 13 años con los de 14 años con ,002; y los alumnos de 15 y 16 años con ,000. Entre las demás edades no existen diferencias significativas.

En la Escala de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28, existen diferencias significativas entre los alumnos de 18 años y los de 11 años con ,047; los de 12 años con ,008; los de 13 años con ,018; los de 14 años con ,022 y los de 16 años con ,039. También presentan diferencias significativas en la

misma escala los alumnos de 12 años con los de 15 años con un índice de significatividad de ,037, no presentando el resto ninguna más.

En la Escala de Disfunción Social del GHQ-28, se presentan solamente diferencias significativas de las medias entre los alumnos de 12 años con los de 14 años con ,011; con los de 15 años con ,001 y con los de 16 años con ,000.

En la Escala de Ansiedad e Insomnio del GHQ-28, se presentan también solamente diferencias significativas entre los alumnos de 12 años con los de 15 años con ,001 y con los de 16 años con ,003.

En la Escala de Depresión Severa del GHQ-28, no se presenta ninguna diferencia significativa de las medias entre ninguna edad. (folios 20 y 21), así como tampoco en el test de Trastornos Alimenticios EAT. (folios 22 y 23). Es curioso observar que a excepción de los alumnos de 11 años con los de 18 años que presentan una sigma de ,999, todos los demás coinciden con los de 18 años en la puntuación 1,000.

### **C) Subconjuntos homogéneos**

En los folios 24 a 32 están todas las gráficas de Scheffé de los subconjuntos homogéneos donde se van exponiendo los que existen en cada escala de los tests según existan o no diferencias significativas entre ellos, ordenando las edades en función de las medias de menor a mayor, así, por ejemplo, en la Puntuación Total de Alexitimia de la TAS 20, (An. [T.29](#)), el primer subconjunto está formado por los alumnos de 16, 15, 14, 17, 12, 13 y 18 años con medias desde 48,25 (16 años) a 54,64 (18 años); y el segundo subconjunto está formado por los alumnos de 14, 17, 12, 13, 18 y 11 años con medias desde 50,34 (14 años) hasta 57,52 (11 años); evitando por tanto que coincidan en el mismo subconjunto los alumnos de 11, 15 y 16 años, ya que existen diferencias significativas entre las medias de estas edades en la escala de la puntuación total de alexitimia.

Idéntico a esto se interpretan el resto gráficas de Scheffé. (An. [T.30-37](#))

## 6.2.5. SEXO

### A) Prueba T

#### a) Estadísticos de grupo (An. [T.38](#))

En el estadístico de grupo no existen ninguna diferencia significativa en las desviaciones típicas de las medias, estando la mayor de éstas en la Puntuación Total de Alexitimia, TAS 20, en los varones con 50,80 y en las hembras con 50,16, y la media menor en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28 en los varones con ,61 de puntuación, y en las hembras con ,86.

Existen diferencias significativas en los errores típicos de las medias en las Escalas de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28 en los varones con ,034 y en las hembras con ,045; así como en la Escala de Ansiedad e Insomnio en los varones con ,037 y en la de Depresión Severa con ,033 y en las hembras con ,044.

#### b) Prueba de muestras independientes (An. [T.39](#))

Existen diferencias muy significativas entre los alumnos y alumnas en todas las escalas del GHQ-28 y del EAT con el índice de significatividad de ,000.

En la prueba T para la igualdad de las medias, existen diferencias muy significativas (bilateral) de ,000 en todas las Escalas de los tests TAS 20, GHQ-28 y EAT, a excepción de la Puntuación Total y de la Escala de la Dificultad para Describir Sentimientos de Alexitimia, (TAS 20).

## 6.2.6. PROVINCIA DE NACIMIENTO

### A) Anova de un factor (An. [T.40](#))

No existe ninguna desviación típica que sea significativa en los descriptivos de los alumnos por la provincia de nacimiento, solamente hay errores típicos que lo sean en las Escalas del GHQ-28, en la de Preocupaciones Somáticas con ,050 en la provincia de Pontevedra y en el total con ,028; y en los

totales de ,044 en la Disfunción Social; ,036 en la de Ansiedad e Insomnio y ,027 en la de Depresión Severa.

### **B) Prueba de homogeneidad de varianzas (An. [T.41](#))**

En la prueba de homogeneidad de varianzas del Estadístico de Levene, hay diferencias muy significativas en todas las escalas del GHQ-28 y en la puntuación total del test de trastornos alimenticios EAT, con ,000 de significatividad.

### **C) Anova inter e intra-grupos (An. [T.42](#))**

El análisis de varianza del factor provincia de nacimiento Inter e Intra-grupos, al comparar las medias con los datos independientes, nos da unas diferencias muy significativas en todos los Tests: TAS 20, GHQ-28 y EAT, ya que se encuentra la Sig. entre ,000 y ,002 y la F entre 4.180 y 9.565. Posteriormente se analizarán estas diferencias.

### **D) Comparaciones múltiples (An. [T.43](#))**

En la Escala de la Puntuación Total de la TAS-20, existen diferencias significativas entre las provincias de La Coruña y la de Lugo con una sigma de ,046 y ,008 con la de Pontevedra.

En la Escala de la Dificultad para Identificar Sentimientos de Alexitimia, TAS-20, existen diferencias significativas entre los alumnos que han nacido en las provincias de La Coruña y las de Lugo con ,000 de significatividad; ,015 con la de Orense y ,008 con la de Pontevedra.

En la Escala de la Dificultad para Describir Sentimientos existen también diferencias entre los alumnos que han nacido en la provincia de La Coruña y los de la provincia de Pontevedra con ,004.

En la Escala del Pensamiento Orientado al Exterior, existen diferencias significativas entre los alumnos que han nacido en la provincia de Orense y el resto de los alumnos de las otras tres provincias gallegas, con índices de

significatividad de ,000 con los de La Coruña; ,003 con los Lugo, y ,000 con los de Pontevedra.

En la Escala de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28 existen diferencias significativas entre los alumnos que han nacido en la provincia de Orense y los nacidos en las otras tres provincias gallegas con un índice de significatividad de ,036 con los de La Coruña; ,003 con los de Lugo y ,001 con los de Pontevedra.

En la Escala de Disfunción Social del GHQ-28 existen diferencias significativas entre los alumnos nacidos en las provincias de La Coruña y Lugo con ,014 de significatividad.

En la Escala de Ansiedad e Insomnio existen diferencias significativas de las medias entre las provincias de La Coruña y Lugo con ,002, y ésta última con la de Orense también con ,013.

En la Escala de Depresión Severa existen diferencias significativas entre las provincias de La Coruña y Lugo con ,000 y la de Pontevedra con ,017, y así mismo los nacidos en la de Lugo con los de Orense con ,004.

En la Escala de Trastornos Alimenticios no existe ninguna diferencia significativa entre los alumnos nacidos en las distintas provincias gallegas.

### **E) Subconjuntos homogéneos**

En el An. (T.44-52) están todas las gráficas de Scheffé de los subconjuntos homogéneos donde se van exponiendo los que existen en cada escala de los tests según existan o no diferencias significativas entre ellos, ordenando las edades en función de las medias de menor a mayor, así, por ejemplo, en el Pensamiento Orientado al Exterior de Alexitimia de la TAS 20, (folio 13), el primer subconjunto está formado por los alumnos que han nacido en las provincias de Orense, Otras y Lugo con medias desde 20,54 (Orense) a 21,47 (Lugo); y el segundo subconjunto está formado por los alumnos nacidos en Otras, Lugo, La Coruña y Pontevedra con medias desde 21,27 (Otras) hasta 21,90 (Pontevedra); evitando por tanto que coincidan en el mismo subconjunto

los alumnos nacidos en las provincias de Orense con los nacidos en las de La Coruña y Pontevedra, ya que existen diferencias significativas entre las medias de los alumnos que han nacido en la provincia de Orense y los que han nacido en las La Coruña y Pontevedra en la escala de PE de la TAS 20.

Idéntico a esto se interpretan el resto gráficas de Scheffé.

### **6.2.7. CURSOS**

#### **A) Anova de un factor**

##### **a) Descriptivos (An. [T.53](#))**

En los descriptivos de los alumnos distribuidos por cursos de la ESO, no existen diferencias significativas entre las medias de ninguno de ellos, figurando la Media más alta en los alumnos/as de 1º de ESO en la Escala de Puntuación Total de Alexitimia con 51,90, y la más baja, también en estos mismos alumnos con ,53 en la Escala de Depresión Severa de la GHQ-28.

Existen diferencias significativas en los Errores Típicos de las Medias en los alumnos de 1º de ESO en la Escala de Preocupaciones somáticas del GHQ-28, y en los totales de esta misma escala con ,028 y las de Disfunción Social con ,044 y la de Depresión Severa con ,028

##### **b) Prueba de homogeneidad de varianza (An. [T.54](#))**

En la prueba de homogeneidad de varianza del estadístico de Levene, existen diferencias significativas en las Escalas DIS y DDS de Alexitimia con ,031 y ,038 respectivamente y en todas las del GHQ-28 con ,000 de significatividad.

#### **B) Anova (An. [T.55](#))**

En todas las medias de los tests de los alumnos de los cuatro cursos de la ESO a excepción de la Escala de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28, que hay una diferencia significativa de ,003, todas las demás tienen una diferencia significativa de ,000.

**C) Prueba post hoc (An. [T.56](#))****a) TAS 20**

En la Escala de Puntuación Total de Alexitimia, a excepción de los alumnos de los cursos de 1º y 2º de la ESO, existen diferencias significativas entre las medias de todos los demás cursos entre sí desde ,000 de significatividad, hasta ,017 como consta a continuación.

En la Escala de Dificultad para Identificar Sentimientos existe diferencias significativas entre 4º curso y los demás con índices de significatividad de ,015 con 1º; ,001 con 2º y ,020 con 3º.

En la Escala de Dificultad para describir Sentimientos las diferencias significativas se centran entre los alumnos/as de 1º y 2º con 3º y 4º con ,000, ya que entre 1º y 2º no existen diferencias significativas.

**b) GHQ-28**

En la Escala de Preocupaciones Somáticas existen diferencias significativas entre los alumnos de los cursos de 1º con los de 3º y 4º con un índice de significatividad de ,009 y ,023 respectivamente.

En la Escala de Disfunción Social hay diferencias significativas entre los alumnos de 1º con 2º de ,009; con 3º de ,000 y con 4º de ,000, y así mismo entre los alumnos de 2º con los de 3º con ,012.

En la Escala de Ansiedad e Insomnio se dan diferencias significativas entre los alumnos de 1º con los de 2º con ,011; con los de 3º con ,000 y con los de 4º con ,000, y también entre los de 2º con los de 4º con ,040 de diferencia significativa.

En la Escala de Depresión Severa existen diferencias significativas entre las medias de los alumnos de 1º con los de 2º con ,001 y con los de 3º con ,005.

**c) EAT**

En la Puntuación Total de Trastornos Alimenticios existen diferencias significativas entre los alumnos de 1º con los de 4º con un índice de significatividad de ,000 y los de 2º con los de 4º también con ,001.

**D) Subconjuntos homogéneos**

La variedad de los distintos subconjuntos homogéneos de Scheffé entre los distintos cursos figuran en el An. ([T.57- 65](#)), interpretándose como se ha explicado ya en anteriores apartados.

**6.2.8. EDAD DEL PADRE AGRUPADA (An. [T.66](#))**

En primer lugar hay que explicar que ante la variedad de edades de los padres de los alumnos, he optado por agruparlos en cuatro grupos, cada uno de los cuales representa las edades siguientes: 1 = edades comprendidas entre 30 y 45 años; 2 = a las comprendidas entre 46 y 51; 3 = a las de 52 y 67, y por último 4 = a las de 68 a 79 años.

Según estos presupuestos observamos que en los descriptivos de las edades de los padres no existen diferencias significativas de las medias entre ninguno de los alumnos sea cual sea la edad de su padre, teniendo la media mayor los alumnos de padres del grupo cuatro con 51,36 en la Escala de Puntuación Total de la TAS 20, y la menor la de los alumnos de los grupos 1 y 3 en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28.

Sí hay significatividad en los errores típicos de las Medias en los alumnos de padres del grupo 1 en la Escala de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28 con ,038; en la de Puntuación Total de Disfunción Social con ,048; en la puntuación total de Ansiedad e Insomnio con ,039, y en la de los alumnos de padres del grupo 1 con ,038 y de puntuación total con ,029 de Depresión Severa también del GHQ-28.

**A) Prueba de homogeneidad de varianzas (An. [T.67](#))**

Según el estadístico de Levene, existen diferencias significativas de las medias en las Escalas de Dificultad para Identificar Sentimientos de ,034; de Pensamiento Orientado al Exterior de ,004 en Alexitimia, y de ,001 en la de Disfunción Social; ,035 en la de Ansiedad e Insomnio con ,035 y en la Depresión Severa con ,002 del GHQ-28.

**B) Anova inter, intra-grupos (An. [T.68](#))**

Solamente hay diferencias significativas en la Escala de Pensamiento orientado al Exterior de ,047 de alexitimia, y de ,011 en la de Disfunción Social del GHQ-28.

**C) Pruebas post hoc****a) Comparaciones múltiples de Scheffé (An. [T.69](#))**

Dentro de la variable dependiente de la edad de los padres, solamente existen diferencias significativas en los alumnos de padres del grupo 4, es decir, de aquellos que tienen los padres de más edad en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28, con índices de significatividad de ,023 con los alumnos de padres del grupo 1; de ,018 con los del grupo dos y de ,038 con los del grupo 3.

**b) Subconjuntos homogéneos**

Los distintos subconjuntos homogéneos de scheffé de las edades de los padres, figuran en el An. ([T.70-78](#)), con las interpretaciones correspondientes ya reseñadas en los anteriores.

## 6.2.9. PROFESION DE LOS PADRES

### A) Anova de un factor

#### a) Descriptivos (An. [T.79](#))

Dentro de las distintas profesiones de los padres, en los descriptivos no existen diferencias significativas de las medias en ninguna de las Escalas, siendo la Media mayor la de los alumnos con padres de profesión No Cualificada con una puntuación de 51,68 en la Puntuación Total de la TAS 20, y la menor la de los alumnos con padres Funcionarios en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28 con ,60.

Existen diferencias significativas en las puntuaciones Totales de los Errores Típicos en todas las Escalas del GHQ-28 con ,030 en la de Preocupaciones Somáticas; ,047 en la de Disfunción Social; ,039 en la de Ansiedad e Insomnio y ,029 en la de Depresión Severa. En la Escala de Preocupaciones Somáticas, se da también un Error Típico significativo en los alumnos con padres de profesión No Cualificada y Profesiones Liberales.

#### b) Prueba de homogeneidad de varianza (An. [T.80](#))

En el estadístico de Levene, existen diferencias significativas en las Escalas de Alexitimia de Dificultad para Identificar Sentimientos con ,011 y en la de Dificultad para Describir Sentimientos con ,022, y así mismo en la de Depresión Severa del GHQ-28 con ,013.

#### c) Anova inter, intra-grupos (An. [T.81](#))

Existen diferencias significativas en las Escalas de Alexitimia de Puntuación Total y en la de Pensamiento Orientado al Exterior Inter. e Intra-grupos con ,000 de significatividad.

## **B) Pruebas post hoc**

### **a) Comparaciones múltiples de Scheffé (An. [T.82](#))**

Existen diferencias significativas en las Escalas de Puntuación Total de Alexitimia entre los alumnos con padres de profesión No Cualificada con los de Profesiones Liberales con ,005 y los de padres Funcionarios con ,001; y en la de Pensamiento Orientado al Exterior entre los mismos, es decir, entre los alumnos con padres de profesión No Cualificada con los de padres con Profesiones Liberales con ,015 y los padres Funcionarios con ,001. En el resto de Escalas de ningún tests no existen diferencias significativas ninguna.

### **b) Subconjuntos homogéneos**

Todos los subconjuntos homogéneos de Scheffé se encuentran en el A. ([T.83-91](#)), observándose que no hay ninguna diferencias significativa entre ninguno de ellos, y en todas las Escalas de los tests sólo hay un solo subconjunto en ellas, variando únicamente el orden y el valor de las medias en ellos.

## **6.2.10. EDAD DE LA MADRE**

Dada la variedad de la Edad de las Madres que va desde 25 años que tiene la más joven hasta 69 años que tiene la mayor, he agrupado todas las edades en tres grupos distintos, estando el primero constituido por madres con edades comprendidas entre 25 y 45 años; el segundo entre 46 y 51, y el tercero entre 52 y 69 años.

## **A) Anova de un factor**

### **a) Descriptivos (An. [T.92](#))**

No existen diferencias significativas en las desviaciones típicas de las medias de los descriptivos en los alumnos según la edad de sus madres, estando la Media más alta en la Puntuación Total de la Escala de la TAS 20 en

aquellos alumnos de madres con mayor edad que tienen una media de 51,81, y la más baja en los alumnos con madres del grupo segundo en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28 con ,69.

Hay diferencias significativas en los Errores Típicos de la Medias en los alumnos con madres más jóvenes en la Escala de Preocupaciones Somáticas del GHQ-28 con ,033 y la puntuación Total de esta misma escala con ,030; también existe en la Puntuación Total de la Escala de Disfunción Social con ,047; en la Puntuación Total de Ansiedad e Insomnio con ,039 y en esta misma en los alumnos con madres más jóvenes con ,045 de error típico; y por último, también hay un error típico significativo en la Escala de Depresión Severa en los alumnos con madres más jóvenes con ,032 y en la Puntuación Total de esta Escala con ,039.

#### **b) Prueba de homogeneidad de varianzas (An. [T.93](#))**

Hay Desviaciones Típicas significativas de las medias de las Escalas de Preocupación Somática con ,012; de Disfunción Social con ,000 y de Depresión Social con ,000, todas ellas del GHQ-28, y en la Puntuación Total del EAT con ,040.

#### **c) Anova inter e intra-grupos (An. [T.94](#))**

Hay diferencias significativas Inter. e Intra-grupos en las medias de las Escalas de Disfunción Social con ,001; de Ansiedad e Insomnio con ,034 y de Depresión Severa con ,001 del GHQ-28.

#### **B) Pruebas post hoc (An. [T.95](#))**

Dentro de la variable dependiente de la Edad de las Madres, existen diferencias significativas entre las medias en la Escala de Disfunción Social entre los alumnos con madres de más edad con los que tienen edades más jóvenes, tanto con los de la edad del grupo uno, con una significatividad del ,001, como con los del grupo dos de madres con ,005.

En la Escala de Ansiedad e Insomnio los alumnos con madres más jóvenes tienen diferencias significativas en las medias, con los alumnos con madres del grupo tres con ,034.

Y en la Escala de Depresión Severa existen también diferencias significativas entre los alumnos de los grupos de madres 1 y 2, con los del grupo 3, siendo las diferencias de ,001 y ,002 respectivamente.

### **C) Subconjuntos homogéneos.**

Los subconjuntos homogéneos de Scheffé se encuentran en el An. ([T.96-104](#)), con todas las características correspondientes.

## **6.2.11. PROFESIONES DE LAS MADRES**

### **A) Anova de un factor**

#### **a) Descriptivos (An. [T.105](#))**

No hay diferencias significativas en ninguna de las medias de las profesiones de las madres de los alumnos encuestados, teniendo la media más alta las madres con la profesión de No Cualificada en la Puntuación Total de la TAS 20, y la más baja, la de las madres de los alumnos que están En Paro con ,22 en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28.

Los Errores típicos más bajos se dan en los totales de las escalas del GHQ-28 y en los hijos de madres Funcionarias en las Escalas de Preocupación Somática y Depresión Severa.

#### **b) Prueba de homogeneidad de varianzas (An. [T.106](#))**

En el estadístico de Levene, hay diferencias significativas en las Escalas de Preocupaciones Somáticas con ,023; Disfunción Social con ,019 y Ansiedad e Insomnio con ,014 del GHQ-28.

**c) Anova inter e intra-grupos (An. [T.107](#))**

Hay diferencias significativas Inter. e Intra-grupos, en todas las Escalas de la TAS 20 con ,000 en la de Puntuación Total; ,002 en la de Dificultad para Identificar Sentimientos; en la Dificultad para Describir Sentimientos con ,021 y en la de Pensamiento orientado al Exterior con ,001.

**B) Pruebas post hoc****a) Comparaciones múltiples (An. [T.108](#))**

En la variable dependiente de la Profesión de la madre, existen diferencias significativas en las medias de las Escalas de Puntuación Total de la TAS 20, entre los alumnos con la profesión de las madres de No cualificadas, con los que tienen madres de Profesiones Liberales con ,013 y madres Funcionarias, con ,000; así mismo, estos últimos tienen diferencias significativas también con los alumnos que tienen madres con la profesión de Amas de Casa con ,029 de significatividad, en esta misma escala.

En la Escala de Dificultad para Identificar Sentimientos, se da la diferencia significativas entre los alumnos con madres de profesión No Cualificadas con los de madres Funcionarias, con ,017.

Vuelven a existir diferencias entre estos mismos alumnos en la Escala de Dificultad para Describir Sentimientos con un índice de significatividad de ,045.

Y por último, existen diferencias significativas entre las medias de los alumnos con madres de profesión No Cualificada, con los de las madres de Profesiones Liberales con ,018 y los de las madres Funcionarias con ,010, en la Escala de Pensamiento orientado al Exterior en la TAS 20.

En el resto de Escalas no existen diferencias significativas de las medias, ninguna entre los alumnos por la profesión de las madres.

**b) Subconjuntos homogéneos**

Los subconjuntos homogéneos están desarrollados en el An. ([T.109-117](#)) con todas las particularidades correspondientes.

**6.2.12. FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVEN LOS ALUMNOS**

En este apartado, hay que hacer constar que de los 3207 alumnos/as que contestaron en sus datos a cerca de los familiares con los que convivían de los 3389 encuestados, la gran mayoría convive con ambos padres, 2928 alumnos/as; 220 con la madre; 29 con el padre; 22 con los abuelos, y 9 con otras personas distintas, por lo que las relaciones entre unos datos y otros puede que no sea significativa dada la diferencia de muestras, no obstante, los datos son los que figuran a continuación.

**A) Anova de un factor****a) Descriptivos (An. [T.118](#))**

No hay diferencias significativas de las medias entre ninguna de las Escalas de los tests aplicados, estando la media mayor en la Puntuación Total de la TAS 20 en aquellos alumnos que conviven con ambos padres con una puntuación de 50,71, y la media más baja en los alumnos que conviven con su madre, en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28.

Los errores típicos de las medias más bajos, se encuentran en las Puntuaciones Totales de todas las Escalas del GHQ y en los alumnos que conviven con Ambos Padres en estas mismas Escalas.

**b) Prueba de homogeneidad de varianza (An. [T.119](#))**

En el estadístico de Levene, la única media que da una diferencia significativa en la homogeneidad de varianzas, es en la Escala de Depresión Severa del GHQ-28 con ,021.

**c) Anova inter e intra-grupos (An. [T.120](#))**

No hay ninguna diferencia significativa en ninguna de las Escalas de los tests, Inter. e Intra-grupos.

**B) Pruebas post hoc (An. [T.121](#))**

**a) Comparaciones múltiples**

No existe ninguna diferencia significativa entre ninguna de las medias de ninguna escala en relación con los familiares con los que conviven los alumnos.

**b) Subconjuntos homogéneos**

La relación de los subconjuntos homogéneos de Scheffé de los familiares con los que conviven los alumnos, se encuentran con todas sus características en el An. ([T.122-130](#)).

---

## **CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

---

**7.1. Discusión general**

Ante la imposibilidad de poder encontrar trabajos realizados con muestras semejantes al nuestro y que hayan usado las mismas pruebas: TAS-20, GHQ-28 y EAT-40, en la discusión sólo podemos comparar con algunos que han utilizado alguna de ellas y normalmente con muestras a veces muy distintas, ya que muchas las han llevado a cabo con personas con problemas de distinta tipología y normalmente con un número reducido de pacientes dadas las dificultades para conseguirlas más amplias, al mismo tiempo no han podido sacar conclusiones determinantes dado el escaso número de miembros que han obtenido y que hace que no puedan ser representativas para deducir algo definitivo.

Nuestra muestra es de población adolescente normal, no clínica y lo único que hemos encontrado para la discusión es lo siguiente:

Analizando los resultados de nuestra muestra establecida por 3380 alumnos/as de E.S.O. de población normal, y comparándolos con un estudio semejante de Espina y colb. (2002) de 1402 jóvenes vascos/as, observamos las siguientes diferencias que ponemos a continuación:

	Jóv. vascos	Jóv. vascas	Jóv. gallegos	Jóv. gallegas
<b>N</b>	663	739	1830	1550
<b>TAS-20: PT</b>	49,55	52,87	50,80	50,16
<b>TAS-20:DIS</b>	15,07	18,46	15,39	16,88
<b>TAS-20:DDS</b>	12,33	13,60	12,97	13,17
<b>TAS-20:PE</b>	22,33	20,89	22,51	20,14
<b>EAT</b>	11,23	13,15	12,20	14,35

Analizados los resultados, constatamos que los chicos gallegos, en las escalas de alexitimia, tienen medias algo superiores a las de los vascos; sin embargo, las chicas vascas tienen más problemas que las gallegas en este

trastorno, sobre todo en la puntuación total y en la escala de la dificultad para identificar los sentimientos.

Comparando en números absolutos nuestros resultados de alexitimia, nos encontramos que el 79'2% no presenta problemas frente al 20'8% que sí los tendría. Hemos usado el punto de corte de 60 siguiendo a Taylor et al. (1996). Uno de los objetivos de nuestro estudio era ver si la población gallega de adolescentes presentaba problemas de alexitimia, y a la vista de los resultados vemos que confirman que no existen, ya que un 51'7% de sujetos sería no alexitímicos ( $TAS < 51$ ), frente al 27'5% que tendría puntuaciones de alexitimia baja ( $TAS > 51$  y  $< 59$ ). Si al mismo tiempo comparamos estos resultados con las investigaciones recientes que estudian la relación entre alexitimia en población con trastornos alimentarios, vemos que los resultados son totalmente opuestos a los de Beales et al., (2000); Guilbaud et al. (1999); Corcos et al., (2000).

Con respecto al test de salud mental GHQ-28 no hemos encontrado ninguno semejante al nuestro. El único que hemos hallado es el de un estudio hecho con alumnos de 6º de medicina de la UAM por Al Nakeet et al., que les da un porcentaje de 14'7% de alumnos con alteración de la salud mental, además realizado en fechas próximas al viaje fin de carrera, sin especificar los porcentajes que les da en las distintas escalas. Creemos que no sirve de comparación dadas las diferencias entre alumnos de E.S.O. y estos alumnos.

Nuestros resultados según las escalas están ya expresados en el capítulo del análisis de los resultados que vemos que son muy inferiores a este estudio anterior.

Analizando el test de trastornos alimentarios y volviendo a la comparación con el trabajo de Espina, vemos que se da un aumento en las medias de los jóvenes gallegos, de 0,97 en los chicos y 1,20 en las chicas, con respecto a los/as jóvenes vascos/as respectivamente. Este estudio de Espina es del año 2002 y el nuestro del 2004. Observamos pues que en cuestión de dos años los problemas de trastornos alimentarios han aumentado con respecto a estos trabajos, algo que sería muy bueno el tomar precauciones tanto por los medios de atención primaria, como por los padres y educadores que están en contacto muy directamente con los adolescentes.

Buscando más comparaciones de las puntuaciones del EAT-40 con otras comunidades autónomas en trabajos iguales o semejantes de TCA, nos encontramos que:

Analizando nuestros resultados de este test, con una puntuación en los alumnos superior a 30, nos da que hay un **6%** con riesgo de padecer TCA en los adolescentes gallegos y por otro lado vemos que las puntuaciones de estas comunidades varían entre el **3,4%** de Madrid y Andalucía, y el **5,17%** de Valencia, en trabajos iguales o semejantes llevados a cabo con adolescentes de estas comunidades realizados en los últimos años. Por lo que seguimos deduciendo que, según nuestro estudio, ha habido un ligero avance en este problema.

### **Estudios de las siguientes Comunidades:**

#### *Comunidad autónoma de Madrid*

Gandarillas-Grande y Febrel realizaron un estudio de prevalencia de TCA en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. En dicha investigación, publicada con fecha reciente en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2002), que tomaba como muestreo aleatorio por conglomerados con estratificación de las unidades de primera etapa –centros– en función de las variables Madrid-capital vs. resto de la Comunidad y centro privado vs. público, fue seleccionada una muestra amplia y representativa (n = 1.534) de mujeres adolescentes (de 15 a 18 años en su mayoría) matriculadas durante el curso académico 2000-2001, en 3º y 4º curso de la E.S.O., 1º y 2º de Bachillerato-LOGSE y 1º y 2º de Formación Profesional, en 17 Centros de Enseñanza de la CAM. Los autores aplicaron el EAT-26 (Eating Attitudes Test-26, de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) y el EDI-I (Eating Disorder Inventory de Garner, Olmsted y Polivy, 1983) a todas las alumnas de la muestra. Posteriormente, tomaron datos de peso y altura y entrevistaron, mediante el Eating Disorder Examination (Fairburn y Cooper, 1993), a aquellas alumnas voluntarias cuyos padres consintieron previamente que participaran en el estudio. Los datos, tomados sobre el 81,4% de las participantes voluntarias, informan de una tasa de prevalencia de **3,4%** de TCA (0,6% AN; 0,6% BN y 2,1% TCANE o cuadros incompletos).

### *Comunidad Autónoma de Navarra*

Pérez-Gaspar et al. (2000) realizaron una investigación epidemiológica en la Comunidad de Navarra sobre una muestra de 2.862 mujeres con edades comprendidas entre 12 y 21 años. La selección de los participantes se realizó mediante un procedimiento aleatorio trietápico, seleccionando al azar en primer lugar los municipios, en segundo lugar los centros de enseñanza y en tercer lugar las aulas. Se utilizó un procedimiento de dos fases: en la *primera fase* aplicaron el EAT-40 a todos los sujetos, y aquellos que puntuaron igual o por encima de 30 fueron entrevistados en una *segunda fase* mediante una entrevista semiestructurada, siguiendo criterios DSM-IV de TCA (los autores no especifican la entrevista utilizada). Se consideró “caso” a toda adolescente que cumpliera criterios DSMIV de AN, BN o TCANE tras la entrevista. La prevalencia global encontrada fue del **4,1%**, siendo del 3,1% para TCANE, del 0,8% para BN y del 0,3% para AN.

### *Comunidad de Aragón*

Ruiz et al., (1998) siguiendo una metodología similar a la que utilizaron Pérez-Gaspar et al. (2000), estudiaron la prevalencia de los TCA en una muestra amplia (4.048 sujetos) y representativa de la población adolescente y juvenil de 12 a 18 años de Zaragoza. Utilizaron el EAT-40 como instrumento de cribado con un punto de corte de 30, y entrevistaron en una segunda fase a los sujetos que puntuaron igual o por encima de esta puntuación. Los datos de prevalencia aportados fueron los siguientes: **4,52%** de TCA; 0,14% de AN, 0,55% de BN y 3,83% de TCANE.

### *Comunidad Autónoma de Andalucía*

En un estudio reciente, Rivas, Bersabé y Castro (2001) estudiaron la prevalencia de sintomatología específica de TCA en una muestra de 1.757 escolares en Málaga (varones y mujeres) de 12 a 21 años. Para ello utilizaron el Cuestionario para Diagnóstico de los Trastornos de alimentación de Mintz et al. (1997) en la versión de autoinforme y en la versión de padres. Los resultados indican que un 27,5% presentan síntomas de TCA y el **3,4%** presentan criterios

DSM-IV de TCA. Las mujeres presentaron: 0,4% AN; 0,6% BN y 3,9% TCANE; y los hombres: 0,5% AN; 0,2% BN y 0,5% TCANE.

#### *Comunidad Autónoma de Castilla – La Mancha*

En Castilla - La Mancha, Beato, en un estudio aún no publicado (Ponencia. III Jornadas ADANER. Cantabria, 2001) estimó la prevalencia de los TCA en una muestra de 1.076 estudiantes de la ESO. El estudio fue realizado con metodología de doble fase, utilizando el EAT-40 como cuestionario de barrido en la primera oleada, y entrevista con SCAN en la segunda. Fueron diagnosticados de TCA el **4,05%** de las mujeres y el **0,45%** de los varones.

#### *Comunidad Autónoma de Valencia*

Rojo et al., (2003) estimaron la prevalencia de TCA en una muestra de 544 jóvenes de 12 a 18 años, siguiendo una metodología de identificación de caso en dos etapas. El cuestionario de barrido fue el EAT-40. Los autores entrevistaron a 58 estudiantes que superaron el punto de corte del instrumento (30), así como a otros 58 que puntuaron por debajo. Cumplieron criterios DSM-IV de TCA el **5,17%** de las mujeres (0,45% AN; 0,41% BN; 4,31% TCANE) y el 0,77% de los varones.

#### *Comunidad Autónoma de Galicia*

En A Coruña, Loureiro, Domínguez, Gestal en 1996 detectan entre 607 alumnas de 3º de BUP un **13%** con actitudes desordenadas en el comer (con EAT superior a 30) y un 0,25% (1 caso) de AN. El análisis fue realizado con el cuestionario EAT-40.

Las *limitaciones* de este trabajo, cuyo objetivo principal era estimar la prevalencia de población de riesgo de padecer problemas de alexitimia, salud mental y trastornos alimenticios, derivan de diferentes aspectos que pasamos a comentar:

1.- Respecto a la representatividad de la muestra, el tipo de muestreo llevado a cabo con alumnos de todos los cursos de E.S.O. tanto de enseñanza

pública como de enseñanza privada, y el elevado número de ellos, garantiza la representatividad de la muestra en cuanto a la población escolarizada en la comunidad gallega. Ciertamente la limitación de los alumnos representativos de las zonas rurales puede parecer no significativa, pero hay que tener en cuenta que muchos de estos acuden a los institutos de las ciudades, y por otro lado el conseguir muestreo de enseñanza privada en núcleos fuera de las capitales ha sido por problemas de tiempo y de número de centros de E.S.O. No obstante creemos que la muestra sigue siendo significativa. Solamente hemos tenido nueve alumnos del total encuestados que realizaron mal las pruebas, que tuvimos que desechar, por lo que no se ha producido ningún sesgo en el trabajo. En este sentido, el hecho de que los alumnos no conociesen el día en que se iba a pasar el cuestionario refuerza esta idea. Dadas las facilidades que encontramos para realizar los tests, cuando en algún centro no estaba la clase a la que íbamos a aplicarle la prueba, lo hacíamos en otra del mismo curso.

Con respecto a que aquellos alumnos que pudiesen tener problemas en los estudios realizados tratasen de ocultar sus síntomas, sin poder asegurar que esto haya ocurrido en este estudio en algún grado, el hecho de que se realizase de manera anónima, nos lleva a pensar que si se ha dado, haya sido en grado mínimo.

2.- Respecto al *tipo de estudio*, transversal en una sola fase mediante cuestionario autoadministrado, está descrito que los estudios transversales mediante cuestionario autoadministrado para estimar la prevalencia de TCA, obtendrán siempre tasas mayores que aquellos que realizan en dos fases con entrevista clínica, dada la baja prevalencia de estos síndromes y el bajo valor predictivo positivo de los cuestionarios utilizados, Fairburn et al., (1990).

3.- Respecto a la *discusión y confrontación* con más trabajos iguales al nuestro que hayan usado los mismos tests y con la misma población, tanto de Galicia como de otras autonomías, nos ha impedido que las comparaciones puedan ser más concluyentes y por tanto se pudiesen hacer más predicciones.

## 7.2. Conclusiones generales y perspectivas

Las conclusiones más importantes que podemos extraer de los resultados obtenidos en relación a las hipótesis planteadas, son las siguientes:

1ª Después de la investigación realizada podemos deducir que los alumnos que residen en la provincia de La Coruña (Tabla 8) son los que mejor identifican y describen los sentimientos, pero quienes peor los exteriorizan junto con los de la provincia de Pontevedra. Hay que tener en cuenta que los de esta última son casi todos alumnos de Vigo y muy pocos de zona interior rural. En las provincias de Pontevedra y Lugo es donde se describen con más dificultad los sentimientos y donde mayores problemas tienen de alexitimia. Así mismo, es en Lugo donde peor identifican sus sentimientos y presentan las medias más altas en ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión severa, trastornos alimentarios y donde tienen mayores problemas somáticos. Por lo tanto podemos comprobar que todos estos aspectos se correlacionan. En esta última provincia todos los estudios son de la ciudad, aunque hay bastantes alumnos de poblaciones cercanas que acuden tanto a centros públicos como a privados. Los alumnos de Orense son los que mejor manifiestan su pensamiento al exterior; al mismo tiempo es la provincia donde menos problemas somáticos presentan, quizás porque solucionen mejor sus problemas de cambios adolescentes al comunicarlos. Es curioso observar que siendo la única provincia gallega del interior parece contradecir la teoría antropológica de que las personas que viven en ciudades que dan al mar son más abiertas. Quizás haya que distinguir entre identificar y describir sentimientos a exteriorizarlos. La muestra de la provincia de Orense ha sido muy variada tanto en centros públicos -urbanos y rurales- como privados, que siendo sólo de la capital se aplicaron los tests en tres distintos.

2ª Analizando los datos, vemos que los alumnos de centros públicos presentan las medias más altas (es decir están propensos a mayores trastornos) en todas las pruebas que los de los centros privados (Tabla 21), a excepción de la escala de preocupaciones somáticas de salud mental donde obtienen idénticos resultados, quizás porque están sufriendo los mismos cambios fisiológicos a esta edad y por tanto tienen los mismos problemas. No obstante sería interesante analizar las distintas causas que pueden ocasionar esta

diferencia de puntuaciones entre unos centros y otros, pues se trata de alumnos de la misma etapa y de las mismas ciudades o aldeas.

3ª En cuanto a los alumnos que residen en zona rural o urbana (Tabla 23), tenemos que hacer notar que las diferencias de muestras son notables, ya que de los centros rurales tenemos solamente 399 alumnos frente a los 2990 de las capitales, y además no representan a todas las provincias. Los únicos centros donde pudimos aplicar los tests de zona rural pertenecen a las provincias de Orense y Pontevedra, siendo todos los alumnos de enseñanza pública. Haciendo esta salvedad y de acuerdo con las muestras que tenemos, podemos concluir que los alumnos que residen en la zona rural presentan mayores puntuaciones en todas las medias de las pruebas que los alumnos de zona urbana, dándose la mayor diferencia en la Puntuación Total (PT) de la TAS-20 con una media de 52'80 frente a 50'20, y la menor diferencia en la PT del EAT con 13'21 frente a 13,18 respectivamente. Llamamos la atención a estos datos. Es interesante recordar aquí que la Institución Libre de Enseñanza decía que los mejores profesores deberían estar en las aldeas y los lugares donde residen las personas con más problemas económicos, de tal manera que promocionasen a estos alumnos y los acercasen más a los conocimientos de las ciudades, y al mismo tiempo se primase a aquéllos con incentivos económicos dado que hacían una labor más sacrificada. Hoy día que se habla tanto de que no se despueble el mundo rural, nos encontramos que, como antes, siguen yendo los profesores que acaban de sacar la oposición o están pensando en su mayoría en llegar a pueblos o ciudades mayores. Quizás el trasiego de distintos docentes de unos cursos académicos a otros haga que no se realice una labor continuada y los alumnos estén más desanimados y desalentados al ver menos posibilidades de promoción y de seguir adelante con los estudios, al margen de otras connotaciones del mundo rural.

4ª Con respecto a la relación de unas edades con otras (Tabla 28), en la puntuación total de la TAS-20, las mayores diferencias se dan entre los alumnos de 14, 15 y 16 años y los de 11, 12 y 13, sobre todo en las escalas DIS y PE, viéndose de este modo el salto entre la adolescencia y la preadolescencia. También es curioso observar que hay diferencias significativas entre los alumnos con edades de 11, 12, 13, 14 y 16 años y los de 18 en lo relativo a las preocupaciones somáticas, siendo estos últimos los que más las padecen; sin

embargo llama la atención que entre los de 15 y 18 no las haya. Muy posiblemente aquí se junten tanto las preocupaciones de los alumnos de 15 años, muy características de esta edad, como las de los alumnos que con 18 años ven que se les acaba la etapa de educación después de haber repetido dos años a lo largo de los estudios y muchas veces se ven con la inseguridad de qué van a hacer a continuación. En la escala de disfunción social, se dan diferencias significativas entre los alumnos de 12 y los de 14, 15 y 16 años, es decir, el final de la infancia y la etapa de la adolescencia. Así mismo en la escala de ansiedad e insomnio existen estas diferencias entre los alumnos de 12 años y los de 15 y 16, esto es, entre los alumnos que empiezan secundaria y los que la terminan. Unos porque tienen miedo a cómo superar el paso de primaria a secundaria y los otros el acceso de secundaria a bachillerato. De ahí que los educadores deban cuidar mucho estos dos cursos para que sirvan de adaptación a la etapa que comienzan y de preparación a la etapa a la que van a acceder. Por otra parte, hay que tener en cuenta la coincidencia de estos cursos con el nacimiento de la preadolescencia y el desarrollo central de la adolescencia. En el resto de escalas no existen diferencias significativas.

5ª En cuanto a las diferencias entre alumnos/as (Tabla 38), vemos que mientras las alumnas tienen puntuaciones de medias más altas en la escala de alexitimia para identificar y describir sus sentimientos, los alumnos presentan más dificultad para exteriorizarlos, algo que confirma la teoría de que las mujeres están más capacitadas para verbalizarlos que los hombres. En el test de salud mental, las alumnas alcanzan medias más altas en todas las escalas que los alumnos, así como en el de problemas alimentarios, debido quizás a que en la adolescencia las chicas viven más preocupadas que los chicos por todos los cambios que se producen en ellas y porque les influye mucho más el tema de la moda y la delgadez. La coeducación es positiva en el sentido de que todos viven las mismas etapas juntos, tanto chicos como chicas, pero no conviene olvidar que la problemática es distinta debido a las características psicológicas propias del sexo de cada uno. El orientador escolar debe tener muy en cuenta estas variables ya que los sentimientos y el desarrollo afectivo se viven de manera muy distinta y el tutor debe cuidar en todo momento que en su clase no se pierdan de vista las características de esta etapa evolutiva.

6ª Los mayores problemas de alexitimia aparecen en los alumnos de 1º y 2º de la E.S.O. (11-14 años) y los que menos tienen son los alumnos de 4º (15-16 años). Siempre ha habido diferencias entre los que comienzan una etapa y los que llevan más tiempo en ella. La seguridad de conocer el nuevo mundo donde uno se encuentra, tanto educativo, como de la etapa fisiológica que viven, hace que se esté con mayor o menor seguridad a la hora de explicar o exponer los sentimientos. Donde más preocupaciones somáticas existen y problemas de salud mental es en los alumnos de 3º (14-15 años), edad en la que abundan sobre todo las preocupaciones por la apariencia externa y los complejos físicos. Los que sufren mayores dificultades en ansiedad e insomnio son los alumnos de 4º (15-16 años), (es también el final de la etapa de secundaria y el paso a bachillerato); sería conveniente en estos casos estudiar si los educadores influyen o no como arma de trabajo en “el miedo” a pasar o no a la siguiente etapa; y, por último, los que tienen más tendencia a la depresión severa son los alumnos de 2º (13-14 años), edad en la que normalmente se encierran mucho en sí mismos. (Tabla 56).

7ª A veces pensamos que la edad de los padres no es importante de cara a los hijos. Es cierto que la mentalidad no va siempre unida a la edad, sin embargo observamos que los hijos con los padres y madres de mayor edad presentan más problemas en la escala de Disfunción Social del test de salud mental que los que tienen los padres y madres más jóvenes. De todos es sabido que al adolescente le crea vergüenza frente a los compañeros el que le vean con sus padres, y más si éstos son mayores. Ya de por sí tiende a verlos con más años de los que tienen a esta edad y si ello es real le influye más. También hemos observado además, que los que tienen las madres de mayor edad tienen más problemas en la escala de AI que aquellos otros cuyas madres son más jóvenes. A medida que las madres avanzan en edad crece más la preocupación por sus hijos cuando están en esta etapa. (Tablas 69 y 95).

8ª Los hijos con padres y madres de profesión “No cualificada” manifiestan más dificultades en la escala del PE que los que tienen padres y madres de profesión “Liberal o Funcionario”; puede esto estar relacionado con el miedo a que los compañeros que tienen padres con mayor cultura se puedan mofar de ellos y por tanto se vuelvan más introvertidos. Así mismo los hijos de madres con profesión “No cualificada” presentan también más casos de

alexitimia en la puntuación total y tienen más problemas en las escalas de DIS y DDS que los hijos de madres con profesión de "Funcionaria". Pensando que en Galicia la mujer ha trabajado desde siempre -normalmente en el mundo rural- debido a la emigración del marido a la capital o al extranjero, aún puede pesar a esta edad el trabajo de la madre para que haya diferencias en estas escalas. Sin embargo, llama la atención observar que los alumnos con madres que tienen la labor de "Amas de casa" no presentan ninguna diferencia con aquellos otros cuyas madres tienen otras profesiones, porque es algo ya asumido y ahí no se establecen comparaciones de ningún tipo, (Tablas 82 y 108).

9ª En los estudios que hemos realizado no existen diferencias significativas entre ningún alumno, en relación con la variable de los familiares con los que convivan. Tenemos que hacer notar que la gran mayoría lo hace con ambos padres. A medida que avancen los cursos sería muy conveniente observar esta variable, ya que cada día están surgiendo más familias monoparentales y están cambiando los valores tradicionales, aunque vemos que hoy por hoy Galicia sigue teniendo una raigambre muy fuerte en la familia. Quizás se deba al matriarcado que ha existido siempre en ella, por las situaciones que ya apuntábamos antes de emigración y del mundo de la pesca donde los hombres se embarcaban durante largos períodos de tiempo (Tabla 121).

10ª Podemos concluir que en el test de alexitimia los alumnos que presentan este trastorno son el 18.2%, y las gráficas que resultan en sus distintas escalas son las de una curva normal. Lo que nos indica que no tienen problemas de este tipo.

11ª El test de salud mental nos da una población totalmente sana, ya que hay un 1,01% (35 alumnos sobre los 3385 que respondieron) que presenta una patología o predisposición a tener problemas de preocupaciones somáticas; 51 alumnos, 1.5%, tienen dificultades de ansiedad e insomnio, y en la escala de disfunción social, el 7'6%, 256 alumnos, da positivo, algo bastante normal si tenemos en cuenta que la etapa de la adolescencia presenta inseguridades en el desarrollo de la persona, pero a la vez nos indica que sigue siendo un porcentaje muy bajo en su conjunto. Por último, en la escala de depresión severa, solamente un 2% (69 alumnos) está propenso a ella o bien la padece. A pesar

de este bajo porcentaje, los equipos de orientadores deberían esforzarse en detectar estos problemas y ponerles remedio, ayudados por los servicios provinciales o autonómicos.

12ª El test de trastornos alimentarios refleja que un 6% (218 alumnos) sería una población de riesgo de padecerlos y de estos, un 0,9% (32 alumnos) estaría dentro del porcentaje de la población clínica. Si tenemos en cuenta la amplitud de la muestra vemos que es muy escasa la población que presenta estos problemas, sin embargo, es una cifra que conviene tener en cuenta, ya que se observa que estos trastornos van en aumento y al mismo tiempo se están adelantando cada vez más, dado que los que más puntuación alcanzan en ellos son los alumnos de 1º de la E.S.O. (11-13 años).

Todas estas conclusiones hacen cada día más necesaria la labor de los tutores en el aula, los cuales deberían ser ayudados por los orientadores escolares y respaldados por la administraciones correspondientes a través de profesores especialistas y medios materiales, para que en esta etapa difícil de los alumnos se les encauce adecuadamente y al mismo tiempo se logre una mejor madurez como personas y se alcancen mayores logros académicos. Si se atajan los síntomas de los problemas a tiempo, se evitará que estos lleven a preocupar o se transformen en situaciones que después no tengan fácil arreglo.

Finalmente, no deberíamos olvidar que es necesario valorar y cuidar más la labor del maestro, ya que si los alumnos desde la Educación Infantil están bien preparados y motivados y en la Etapa de Educación Primaria, donde todavía en sus inicios son muy receptivos, se les prepara adecuadamente, será más fácil que superen la E.S.O. y tengan menos tensiones para madurar en la adolescencia. Para ello habrá que buscar la manera de que estos profesionales estén en primer lugar bien preparados y motivados para llevar a cabo la tarea, quizás más dura, que es crear buenos hábitos de trabajo y la base de los conocimientos posteriores en los alumnos más jóvenes de toda la etapa educativa.

## **Perspectivas**

Las perspectivas de nuestro estudio, que podrían complementarse en posteriores investigaciones, pueden ser varias.

En primer lugar dada la amplitud de la muestra se podrían seleccionar, según los apartados de las conclusiones anteriores, los alumnos que alcanzan mayores puntuaciones en cada una de ellas y ver el grado de patologías que presentan, con el fin de comparar con muestras clínicas los puntos de incidencia, edad, situación familiar, etc.

Además analizar las causas por las cuales los alumnos con padres de mayor edad presentan más problemas de salud mental. Ampliar el estudio a las dimensiones familiares de los TA.

Sería también de interés ver por qué cuanto más población tienen las ciudades aumentan en los alumnos los problemas para comunicar sus sentimientos a los demás, lo que les lleva a encerrarse más en sí mismos y en consecuencia a ser más propensos a riesgos de salud mental. Habría que complementar los servicios educativos y sociales y tener en cuenta las políticas de ocio.

Cuáles son las razones por las que los alumnos de los centros públicos presentan puntuaciones más altas en los tests que los de los centros privados, a excepción de las preocupaciones somáticas en salud mental que pueden ser normales a esta edad. Qué implicaciones puede suponer esto de cara a posibles reformas educativas.

Una investigación complementaria sería volver a repetir las pruebas al cabo de cinco años entre alumnos de las mismas edades para observar si se siguen confirmando las hipótesis planteadas y la estabilidad de fenómeno.

Por último realizar los mismos estudios en otras comunidades autónomas y tener más elementos de comparación a la hora de sacar conclusiones y poder elaborar un mapa epidemiológico.

---

**REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

---

Acklin, M. W. y Bernat, E. (1987). Depression, alexithymia, and brain prone disorder: a Rorschach study. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 462-579.

Al Nakeeb, Z., Alcázar P. J., Fdez. Jiménez-Ortiz, H., Malagón C., F., Molina G., B. *Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios*. Facultad de Medicina de la UAM.  
<http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congreso XV-29.html>. (20/04/2005).

Alemzadeh R. (1996). Childhood obesity. *Lifshitz F. Pediatric Endocrinology* (3<sup>a</sup> ed.). New York, Marcel Dekker, 753-774.

Alexander, F., (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*, Nueva York, W.W. Norton.

Alvaro, J.L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid, Siglo XXI.

Alvaro, J.L., Torregrosa, J.R., Garrido L., A.(1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental* (1<sup>a</sup> ed.). Madrid, Siglo XXI.

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Dsm-IV-tr-tm* (4th ed.). Washington, DC: Author (text-revision).

Andersen, A. E. (1988). Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care*, 4(1), 15–21.

Antony, M. M., Johnson, W. G., Carr-Nangle, R. E., & Abel, J. L. (1994). Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 386–392.

Apfel, R. J., Sifneos, P. E.(1979). Alexitimia. Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32(1-4),180-190.

Ayuso Mateo, J. L. (1993). Alexitimia. Concepto y medida. *Archivos de neurología*, 56(2), 106-115.

Bagby RM, Taylor GJ, Atkinson L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *J. Psychosom Res*, 32(1),107– 116.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.

Bagby, R.M., Parker, J.D. y Taylor, G.J. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. y Acklin, M.W. (1993). Alexithymia and the ability to distinguish different emotional states. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 122.

Barness L. (1997). Obesidad. En: Behrman R. Nelson. *Tratado de pediatría* (15ª ed.) Madrid, Edit. Interamericana, 208-212.

Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 31(1), 63–72.

Baskin, M. L., Ahluwalia, H. K., & Resnicow, K. (2001). Obesity intervention among African-American children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 1027–1039.

Beales, D.L., y Dolton, R. (2000). Eating disordered patients: personality, Alexithymia, and implications for primary care. *Br. J. Gen Pract.* Jan., 50(450), 21-26.

Beato. 2001. Ponencia. III Jornadas ADANER. Cantabria.

Behar R., (1998). Eating disorders in adolescents: epidemiological and clinical aspects. *Rev. Med. Chile*; 126(9), 1085-1092.

Bennett P. (2000). Obesity. *82<sup>o</sup> Annual Meeting of the Endocrine Society*. Toronto.

Berenbaum, H. y Prince, J.D. (1994). Alexithymia and the interpretation of emotion-relevant information. *Emotion and Cognition*, 8(3), 231-244.

Blanco, A. (1988). *La psicología comunitaria*. Madrid. Visor.

Bloom, B. L. (1984). Community mental health training: A personal view. *Am J Community Psychol*, 12(2), 217-226.

Bornstein, R. F. y O'Neill, R. (1993). Construct validity of a self-report measure of alexithymia in a psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 49(6), 841-847.

Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: a preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.

Bousoño M, González P, Bobes J. (1994). *Psicobiología de la Bulimia Nerviosa*. Barcelona: Laboratorios Esteve.

Bradshaw, J.L. (1989). *Hemispheric specialization and psychological function*.

Chichester: John Wiley & Sons.

Bratman S. (2000). *Health Food Junkies*.

Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859–867.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187–194.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.

Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531–1538.

Buchanan, D. C., Waterhouse, G.C. y West, S.C. (1980). A proposed neurophysiological basis of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34 (4), 248-255.

Bueno M. (1995). Nutrición infantil y desarrollo de la obesidad. En: *Borrajo E. Nuevas perspectivas en nutrición infantil*. Madrid, Ergón. 475-484.

Bulbena A., Berrios G.E. Fernández de Larrinoa P., (2000). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona, Ed. Masson.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 72–78.

Cabaco, A. S. (1995) *Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia*. Salamanca: UPSA.

Cabaco, A. S. (1998). Mecanismo atencional y procesos de interferencia: Aspectos conceptuales y aplicaciones clínicas. *Temas de Psicología*, 7, 405-418.

Cabaco, A. S. (1999). *Atención selectiva y psicopatología: implicaciones del procesamiento automático/controlado*. Comunicación presentada en el VIII Congreso de Salud de la Municipalidad de Rosario (Argentina), celebrado del 27 a 29 de septiembre.

Cabaco, A. S., Arana, J. M., Franco, M. P., & Vicente, C. A. (1997). Dos décadas de investigación en las facultades de Psicología de las universidades de Salamanca (1976-1996): La distribución de A. Vázquez. *Temas de Psicología*, 6, 56-76.

Cabaco, A. S., & Armas, M. (2000). Atención selectiva y procesamiento de la información en los trastornos de alimentación. *Revista Iberoamericana en Educación, Salud y Trabajo*. 1, 165-183.

Cabaco, A. S., & Capataz, I. (2002). *Selectividad atencional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: aspectos transculturales*. Póster presentado al II Simposio de Motivación y Emoción, celebrado en Salamanca de 25 a 27 de abril.

Cabaco, A. S., Capataz, I., Bonantini, C., & Hage, S. (2002). Hipervigilancia emocional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: estudio transcultural (España-Argentina-Brasil). *Revista Iberoamericana de Educación, Trabajo y Salud*, 2-3, 211-228.

- Cabaco, A.S., Capataz, I., Hage, S., Abramides, D., Loureiro, M. J. (2002). Selectividade atencional e predisposição emocional face a estímulos do comportamento alimentar: Dimensoes transculturais. *Análise Psicológica*, 4 (XX): 625-636.
- Cabaco, A. S., Izquierdo, C. & Bonantini, C. (2001). Un análisis de la patología alimenticia: estudio transcultural (España-Argentina). *Cuadernos Sociales*, 3, 49-76.
- Cabaco, A. S., Martínez, C., Fernández, M. T., Franco, P. & Arana, J. M. (1997). *Interferencia en la esquizofrenia: La hipótesis de la automaticidad-control*. Comunicación presentada en el Congreso Internacional de Psicosis, celebrado en Palencia del 17-19 abril.
- Cabaco, A. S., González, S., Capataz, I., Fernández, L. M., & Fernández-Rivas, S. (2002). Déficit en procesamiento controlado de información como sintomatología de procesos de deterioro cognitivo: aplicaciones en diferentes poblaciones clínicas. Comunicación presentada en la IV Semana de la Investigación en Psicología. Organizada por la UNED, celebrada en Madrid, 18-22 de noviembre.
- Cachelin, F. M., Veisel, C., Barzengarnazari, E., & Striegel-Moore, R. H. (2000). Disordered eating, acculturation, and treatment-seeking in a community sample of Hispanic, Asian, Black and White women. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 244–253.
- Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 156–170.

Castro J., Toro J., Salamero M., Guimera E., (1991) The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*; 7(2):175-190.

Ceragioli F. (2001). Obesidade exógena na infância e na adolescência. En: *Da Silva (2ª ed). Terapêutica y prática pediátrica*. São Paulo, Edit. Atheneu, 1221-1226.

Cerezo, P., García-Moja, C., de la Gándara, J.J. y Hernández, H. (1988). Aspectos teóricos, clínicos y evaluación en la alexitimia. *Psiquis*, 9(6-7), 19-29.

Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219–222.

Cohen, K.R.; Auld, F.; Demers-Desrosiers, L.A. y Catchlove, E.F.H. (1985). The development of a valid and reliable projective measure (the objectively scored Rorschach-9 Test). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(10), 621-627.

Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Stephan P, Jeammet P. (1998). Alexithymia's role in eating disorders: place and function. *Ann Med Psychol*;156, 668– 680.

Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263–266.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona. Martínez Roca.

- Crips AH. (1976). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *J. Psychosom Res.* 11,117-123.
- Crisp, A. H. (1983). Anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 287, 855–858.
- Chinchilla Moreno, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid, Ergon.
- Chinchilla Moreno, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona, Masson S.A.
- Dahlman K. (1996). Affective capacity in mothers of eating disorders patients. *Diss Abstr Int B Sci Eng*, 56(9B), 5163.
- Dalton J. A, Feuerstein M. (1989). Fear, alexithymia and cancer pain. *Pain*.Aug;38(2),159-70.
- Davis, M. S., & Marsh, L. (1986). Self-love, self-control and alexithymia: Narcissistic features of two bulimic adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 40 (2), 224–232.
- De Groot, J.M., Rodin, G., Olmsted, M.P., (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry* 36(1), 53-60.
- De la Vía, L.R., Echebarría, L., Yáñez, S. y Páez, D. (1989). Alexitimia, represión emocional y trastornos psicósomáticos: La escala de alexitimia de Noël. En A. Echebarría y D. Páez. (eds.), *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.

- De Zwaan, M., Bach, M., Mitchell, J. E., Ackard, D., Specker, S. M., Pyle, R. L., & Pakesch, G. (1995). Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 135–140.
- Demers-Desrosiers, L. A. (1982). Influence of alexithymia on symbolic function. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1), 103-120.
- Demers-Desrosiers, L. A. (1985). Empirical journey into the measurement of symbolic function as a dimension of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(2), 65-71.
- Demers-Desrosiers, L. A., Cohen, K. R. y Catchlove, R. F. H. (1983). The measure of symbolic function in alexithymia pain patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39(2), 65-76.
- Dewaraja, R. y Sasaki, Y. (1990). A left to right hemisphere callosal transfer deficit of nonlinguistic information in alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54(4), 201-207.
- Dietz W. (1994). Critical periods in childhood for the development of obesity. *Am J Clin Nutr*, 59(5), 955-959.
- Doll, T., Harris, J., Cabaco, A. S., Capataz, I., & Crespo, A., (2003). The emotional stroop task: An adequate predictor of vulnerability to eating disorders? *Psychologica*, 33, 47-67.
- Doody, K. y Taylor, G. (1982). Psychopathology and verbal expression in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1), 121-127.

Doody, K. y Taylor, G. (1983). Constructo validation of the MMPI Alexitimia Scale  
Psychosomatic Medicine. *Theoretical, clinical and transcultural aspects*.  
Edited by Krakowky. A. J., Kimball, C. P. New York: Plenum.

DSM-IV.(1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.  
Barcelona, Masson S.A.

Dunbar, F., (1943). *Emotions and bodily changes: A survey of literature on  
psychosomatic interrelationships, 1910-1933* (2<sup>a</sup> ed.). Nueva York,  
Columbia University Press.

Eiser, J.R. (1982). Addiction as attribution: cognitive processes in giving up  
amoking, en J.R. Eiser (Ed.) *Social Psychology and Behavioral Medicine*.  
Chichester: Wiley.

Eisler I., Szmukler G.L. (1985). Social class as a confounding variable in the  
eating attitudes test. *Journal of Psychiatry*; 19(2-3), 171-176.

Eizaguirre, A. E., de Cabezón, A. O. S., de Alda, I. O., Olariaga, L. J., & Juaniz,  
M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in  
eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321–331.

Emde R.N. (1988). Development terminable and interminable. I. Innate and  
motivational factors from infancy. *Int. J. Psychoanal*; 69 (Pt 1), 23–42.

Espina A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders Its  
relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of  
Psychosomatic Research*, 55, 553– 560.

- Espina, A., Ortego, A., Ochoa, I., Joaristi, L. Juaniz, M., (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321–331.
- Espina, E. A., Ortego S. de C. M. A., Ochoa de A. M. de A. I., Alemán M. A., (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimenticios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.
- Evans, R.I.(1980). Behavioral Medicine: a new applied challenge to social psychologists, en L. Bickman (Ed) *Applied Social Psychology Annual*. (vol. 1) Beverly Hills: Sage.
- Fairburn, C. G., Beglin SA., (1990). Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*.
- Fairburn CG, Cooper PJ, (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*, 144, 238-246.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*, (277–314). Oxford: *Oxford Medical Publications*.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- Falk JR, Halmi KA. (1982). Amenorrhea in anorexia nervosa: examination of the critical body hypothesis. *Biol Psychiatry*, 17(7), 799-806.

- Faryna, A.; Rodenhauser, P. & M. Torem (1986). Development of an Analog Alexithymia Scale: Testing in a nonpatient population. *Psychotherapy and psychosomatics*, 45(4), 201-206.
- Federman, R. y Mohns, E. (1984). A validate study of the MMPI alexithymia subscale conducted of migraine headache outpatients. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 41(1), 29-32.
- Felner, R.D.; Janson, L.A.; Moritsugu, J.N. y Farber, S.S. (eds) (1983). *Preventive psychology. Theory, research and practice*. New York. Pergamon.
- Fernández Ríos, L. (1994). Manual de psicología preventiva. *Teoría y práctica*. Madrid. Siglo XXI.
- Fernández, V. M. (2004). Alexitimia. 26-agosto-2004.  
<http://www.elementos.buap.mx/num35/htm/Alexitimia.html>.
- Fernández-Montalvo, J. y Yárnoz, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3), 357-366.
- Fischer, A.R. y Good, G.E. (1997). Men and psychoterapy: an unvestigation of alexithymia, intimacy and masculine gender roles. *Psychoterapy*, 34(2), 160-70.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kuczmarski, R. J., & Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960–1994. *International Journal of Obesity*, 22(1), 39–47.
- Flier J. (1998). Obesity. In: Wilson J. Willians. *Texbook of endocrinology*. Philadelphia. Saunders, 9,1061-1083.

Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica* (2ª ed.). Fondo de Cultura Económica. Madrid.

Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad* (1ª reimp. En España. Ed.). Barcelona. Paidós.

Freedman, A.M.; Kaplam, H.I. y Sadock, B.J. (1982). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona. Salvat.

Friedlander, L., Lumley, M. A., Farchione, T., & Doyal, G. (1997). Testing the alexithymia hypothesis: physiological and subjective responses during relaxation and stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 233-239.

Fukunishi I. (1998). Eating attitudes in female college students with selfreported alexithymic characteristics. *Psychol Re*, ;82(1), 35 –41.

Gandarillas-Grande, A. & Febrel, C. 2002. *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.

Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J., et al. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13(4), 821–828.

Garner D.M., Garfinkel P.E., (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9(2), 273-279.

Garner D.M., Garfinkel P.E., (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Med*. 10(4), 647-656.

- Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E., (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*; 12 (4), 871-878.
- Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E., (1983). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Int J. Eating Dis*; 2,15-34.
- Garner D.M., Olmsted M.P., Garfinkel P.E., (1985). Similarities among bulimic groups selected by different weights and weight histories. *J. Psychiatr Res*, 19(2-3), 129-134.
- Garner, D. M. y Bennis, K. M. (1985). A cognitive-behavioural approach to anorexia nervosa. In D. M. Garner y P. E. Garfinkel (eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp- 107-146). New York. Guilford Press.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D., y Garfinkel, P. (1982). *Perceptive and cognitive disturbances. Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel, 123-163.
- Geller, J., Williams, K. D., & Srikameswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 365–373.
- Giannini AJ. (1993) A history of bulimia. In. A.J. Giannini, y A.E. Alaby (eds.), *The eating disorders*, 18-21. New York: Springer-Verlag.

- Gonzalez, B. (1978). Una evaluación crítica del sistema psiquiátrico. En J.M. de MIGUEL (comp): Planificación y reforma sanitaria. Madrid: *Centro de Investigaciones Sociológicas*.
- Gonzalo D., (1995). En Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. *Instituto Nacional de la Salud*. Madrid, Secretaría General.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 51–60.
- Gottschalk, L.A. y Lolas, F. (1987). *Estudios sobre análisis del comportamiento verbal*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Guilbaud, O., Corcos M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M. y Jeammet, P. (1999). Vulnérabilité psychosomatique et troubles des conduites alimentaires. *Ann. Méd.- Psychol.* , 157(6), 390-401.
- Guilbaud, O., Loas, G., Corcos, M., Speranza, M., Stepha, Ph., Perez-Diaz, F., et al. (2002). L'alexithimie dans les conduits de dépendance et chez le sujet sain: valeur en population française et francophone. *Annales Médicopsychologiques*, 160, 77–85.
- Guillemot A, Laxenaire M. (1994). *Anorexia Nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.
- Guimon, J. (1998). *La profession de psychiatre. Evolution et devenir*. Paris, Masson.
- Guimon José, (2001). Salud mental relacional. Concepto, etiología y diagnóstico..(Tomo I). Ginebra-Madrid-Nueva York. *Core Academic*.

Halmi KA, Goldberg SC, Eckert E et al. (1977) Pretreatment evaluation in anorexia nervosa. En: Vigerky R (comp.): Anorexia nervosa. New York: *Raven Press*.

Hatsukami J, Mitchell J, Eckert E, et al., (1984). Affective disorder and substance abuse in women with bulimia, *Psychol Med* 14(3), 701-710.

Haviland, M.G., Hendrix, (1991). Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics. *Journal of Nervous Mental Disease* 179, 284-290.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108.

Heiberg, A. (1977). Alexithymia and inherited trait. A study of twins. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 30, 205-210.

Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227–237.

Herzog DB, Keller MB, Lavori PW. (1998). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *J. Nerv Ment Dis.* 176(3), 131-143.

Holland AJ, Crisp A, Russell GFM, et al. (1984). Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Br J Psychiatry* 145, 414-419.

Holland AJ, Sicotte N, Tressure J. (1988). Anorexia nervosa evidence for a genetic basis. *J Psychosom Res* 32, 561-571.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000).

Is alexithymia a permanent feature in depressed patients. Results from a 6-month follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 303–308.

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Tanskanen, A., Hintikka, J., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001).

Why do alexithymic features appear to be stable. A 12-month follow-up study of a general population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 247–253.

Horton, P.C., Gewirtz, H. y Kreutter, K.J. (1992). Alexithymia, state and trait.

*Psychoterapy and Psychosomatics*, 58(2), 91-96.

Houtveen, J.H., Bermond, B. y Elton, M.R. (1997). Alexithymia, a disruption in a

cortical network. An EEG power and coherence analysis. *Journal of Psychophysiology*, 11(2), 147-57.

Hsu, L. K., Crisp, A. H., & Harding, B. (1979). Outcome of anorexia nervosa.

*Lancet*, 1 (8107), 61-65.

Humphrey L. L. (1988). Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and

normal families. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*. 27(5), 544– 551.

Jacob, S., & Hautekeete, M. (1999). Alexithymia is associated with a low self-

estimated affective intensity. *Personality and Individual Differences*, 27, 125–133.

Jahoda, (1958). *Currente concepts of positive mental health*.

Jeger, A. y Slotnick, R. (eds) (1982). Community mental health and behavioral-

ecology. *A handbook of theory, research and practice*. New York. Plenum.

- Jessimer, M. y Markham, R. (1997). Alexithymia: A right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions. *Brain and Cognition*, 34 (2), 246-258.
- Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., Covino, N. A., & Sifneos, P. E. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: Clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56(2), 90–93.
- Johnson C, Connors ME. (1987) The etiology and treatment of bulimia nervosa. New York: Basic Books.
- Johnson, W. G., Rohan, K. J., & Kirk, A. A. (2002). Prevalence and correlates of binge eating in White and African American adolescents. *Eating Behaviors*, 3, 179–189.
- Kasset, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., et al., (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. New York: *American Psychiatric Press*.
- Kiess, W. (2000). Obesity in childhood. *82<sup>o</sup> Annual Meeting of the Endocrine Society*. Toronto.
- Killick, S., & Allen, C. (1997). Shifting the balance—motivational interviewing to help behavior change in people with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 33–41.
- King, A. (1963). Primary and secondary anorexia nervosa syndromes. *Br J Psychiatry*; 109, 470-479.

- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864–877.
- Kleifields, E. I., Sunday, S., Hurt, S., & Halmi, K. A. (1994). The tridimensional personality questionnaire: An exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 413–423.
- Kleiger, J. H., y Kinsman, R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(1), 17-24.
- Korchin, S. J. (1976) Modern clinical psychology. Principles of intervention in the clinic and community. Nueva York. Basic Books.
- Kristal, H. (1988). Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Krystal, J., Giller, C. y Cichetti, D. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness. Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48(1-2), 84-94.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal Psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Lacey, J. H. (1986). Pathogenesis. In L. J. Downey & J. C. Malkin (Eds.), *Current approaches: bulimia nervosa* (pp. 17–27). Southampton: Duphar Labs.
- Lamberty, G.J. y Holt, G.S. (1995). Evidence for a verbal deficit in alexithymia. *Journal Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 7(3), 320-324.

- Lane R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-development theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143.
- Laquatra, T.A. y Clopton, J.R. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addict. Behav.*, 19(4), 373-380.
- Larsen, R. J., Billings, D. W. & Cutler, S. E. (1996). Affect intensity and individual differences in informational style. *Journal of Personality*, 64(1), 185-207.
- Le Grange, D., Telch, C. F., & Agras, W. S. (1997). Eating and general psychopathology in a sample of caucasian and ethnic minority subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 285–293.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept, *Psychosomatic Medicine*, 43(6), 531-543.
- Levine, M. (1981). The history and politics of community mental health. Nueva York. Oxford.
- Loas, G., Fremaux, D., & Boyer, P.(1997). Anhedonia and alexithymia: Distinct or overlapping constructs. *Perceptual and Motor Skills*, 84(2), 415-425.
- Lolas, F., Schiattino, M.T., Jara, S., Larraguibel, M. y Liberman, C. (1999). Obesidad y trastornos por atracones en mujeres. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 26(6), 176-180.
- Loureiro V., Dominguez M., Gestal JJ. 1996. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría*; 12 (6): 242-247.

- Luminet O, Bagby RM, Wagner H, Taylor GJ, Parker JD. (1999). Relations between alexithymia and the five-factor model of personality: a facetlevel analysis. *J Pers Assess*,73(3), 345–358.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 519-530.
- Lledó, E. P., & Waller, G. (2001). Bulimic psychopathology and impulsive behaviors among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 71–75.
- Macera, C. A., Armstead, C. A., & Anderson, N. B. (2001). Sociocultural influences on health. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* ( pp. 427–440). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Mandal, M.K. y Singh, S.K. (1990). Lateral asymmetry in identification and expression of facial emotions. *Cognition and Emotion*, 4, 61-70.
- Marques E. (1998). Obesidade. En O. Monte (Ed.). *Endocrinologia para o pediatra*. (2ª ed., pp. 286-290). São Paulo, Atheneu.
- Marti Tusquest, J.L. y Murcia Grau, M. (1987). Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica. Barcelona. Herder.
- Martin, J. B. y Pihl, R.O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*,43(4), 169-176.

- Martin, J. B., Phil, R. O. O. y Dobkin, P. (1984). Schalling Sifneos personality scale. Findings and recommendations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41(3), 145-152.
- Martínez-Sánchez F, Sánchez J. A., Castillo J. C., Gordillo E., Ortiz B. (1996). Rasgos alexitímicos en pacientes de atención primaria. *Psiquis*, 17, 46–52.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-109.
- Martínez-Sánchez, F. y Marín, J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea Stroop. *Psicothema*, 9(3), 519-527.
- Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M., Córcoles, E., Huedo, T., & Selva, J. (1998). Stability in alexithymia levels: a longitudinal analysis on various emotional answers. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 767–772.
- Martínez-Sánchez, F., Ortiz, B. y Ato, M. (2001). Subjective and autonomic stress responses in alexithymia. *Psicothema*, 13(1), 63-68.
- Marty y De M'Uzan (1963) La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-346.

- Mazzeo, S. E., & Espelage, D. L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: Evidence for the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 86–100.
- McDonald, P.W. y Prkachin, K.W. (1990). The expression and perception of facial emotion in alexithymia: a pilot study. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 199-210.
- Mclean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain", *Psychosomatic Medicine*, 11(6), 338-353.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 845–863.
- Melnyk, M. G., & Weinstein, E. (1994). Preventing obesity in black women by targeting adolescents: A literature review. *Journal of the American Dietetic Association*, 94(5), 536–540.
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In H. W. Hoek, J. L. Treasure, & M. A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 271–287). Chichester, UK: Wiley.
- Milligan, R-J., & Waller, G. (2002). Eating disturbances in female prisoners. The role of anger. *Eating Behaviors*, 3(2), 123–132.
- Milligan, R-J., & Waller, G. (2000). Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 446–450.

- Minuchin S, Rossman BL, Baker L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. London: Harvard Univ. Press.
- Miranda M. (1999). Obesidade. En Issler H. (Ed.), *Pediatria*. (pp. 179-185). São Paulo, Savier.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E. (2004). Binge eating and psychological distress in ethnically diverse undergraduate men and women. *Eating Behaviors*, 5(2), 157–169.
- Molero Pintado, A. (2000). *La Institución Libre de Enseñanza. Un proyecto de reforma pedagógica*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Montreuil, M. y Jouvent, R. (1989). Le test de la saisie visuelle parallèle. *Encéphale*, 15, 409-413.
- Montreuil, M., Jouvent, R., Carton, S., Bungener, C. y Widlocher, D. (1991 ). Parallel Visual Information Processing Test. An experimental assessment of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(4), 212-219.
- Moos, R.H. (1979). *Evaluating educational environments*. San Francisco: Jossey-Bass
- Morgan H.G., Macquire-Samson I.M., Purgold J., Vassilas C.A., (1992). Outcome assessment. En: Herzog W., Deter H. C., Vandereycken W., (eds.). *The course of eating disorders*. Berlín: Springer.
- Mulholland, A. M., & Mintz, L. B. (2001). Prevalence of eating disorders among African American women. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 111–116.

- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 395–401.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Colditz, G., & Dietz, W. H. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 282(16), 1523–1529.
- Myers, L.B. (1995). Alexithymia and repression: the role of defensiveness and trait anxiety. *Personality and Individual Differences*, 19(4), 489-92.
- Näring, G.W. y van der Staak, C.P. (1995). Perception of heart rate and blood pressure: the role of alexithymia and anxiety. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(3-4), 193-200.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 199-206.
- Newton, T. L. & Contrada, R. J. (1994). Alexithymia and repression: contrasting emotion-focused coping styles. *Psychosomatic Medicine*, 56(5), 457-462.
- Nöel, M. P. (1989). Escala de Alexitimia de Nöel. En A. Echebarría y D. Páez (eds.) *Emotions: perspectives psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Nöel, M. P. y Rimé, B. (1988). Pensée opératoire, alexithymie et *investigation psychosomatique: revue critique*. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 8(6), 573-599.
- Onnis L, Di Genaro A. (1987). Alexitimia: una revisione critica (Alexithymia: a critical review), *Med Psicosom*, 32, 45 –64.

Otero Rodríguez, (1999). Alexitimia, una revisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (vol XIX, nº 72), 587-596.

Páez D, y Velasco, C. (1993). Alexitimia: una revisión de los mconceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En D. Páez (ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 195-237). Valencia: Promolibro.

Páez, D. y Casullo, M.M. (2000). *Cultura y alexitimia*. Barcelona: Paidós.

Páez, D. y Velasco, C. (1993). Alexitimia: una revisión de los conceptos, de los instrumentos y una comparación con la represión. En D. Páez (ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones* (pp. 195-237). Valencia: Promolibro.

Palmer, TA. (1990). *Anorexia nervosa, bulimia nervosa: causal theories and treatment*. *Nurse Pract*; 15(4), 12-18, 21.

Pandey R, Mandal MK. (1996). Eysenckian personality dimensions and alexithymia: examining the overlap in terms of perceived autonomicarousal. *Pers Individ Differ*, 20, 499– 504.

Parker, J. D., Bagby, R. M., Taylor, G. J., (1989). Toronto Alexithymia Scale, EPQ and self-reports measures of somatic complaints. *Pers Individ Differ*, 10, 599- 604.

Parker, J. D., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry*, 30(5), 434–441.

- Parker, J.D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S. y Schmitz, P. (1998). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Parker, J.D., Taylor, G.J. y Bagby, R.M. (1993). Alexithymia and processing of emotional stimuli: an experimental study. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, IX(1-2), 9-14.
- Parker, J.D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs. *Comprehensive Psychiatry* 32(5), 387-394.
- Paulson, J. E. (1985). *State of the art of alexithymia measurement. Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(2), 57-64.
- Peláez Fdez., M.A., Labrador Encinas, F.J., Raich Escursell, R.M., 2004. *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. C. Med. Psicosom*, nº 71/72.
- Pérez-Gaspar M., Gual P., De Irala-Estévez J., Martínez González MA., Lahortiga F & Cervera S. 2000. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Medicina Clínica*; 114: 481-486.
- Pierloot, R. y Vinck, J.A. (1977). A pragmatic approach to the concept of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 156-166.
- Pike KM, Rodin J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *J Abn Psycho.*; 3(4), 3-13.
- Pi-Sunyer, F. X. (2002). Medical complications of obesity in adults. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook (pp. 467-472)*. New York, Guilford.

- Plata Rueda E. (1996). La obesidad. En: Leal F. y Plata Rueda (Ed.). *El pediatra eficiente*. (5 Edic. Pp. 47-60). Bogotá: Edit. Med. Panamericana.
- Pope, H. G. Et al., (2001) *Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. Bargain Books. ISBN 0684869101.
- Postone, N. (1986). Alexithymia in chronic pain patients. *General Hospital Psychiatry*, 8(3), 163-167.
- Prince, J. D., & Berenbaum, H. (1997). Alexithymia and hedonic capacity. *Journal of Research in Personality*, 27, 15-22.
- PSA-R "*Psychiatric Self-Assessment & Review*". (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Autoevaluación y actualización en psiquiatría. Barcelona.
- Rastam, M., Gillberg, C., Gillberg, I.C. y Johansson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: A controlled study using the 20- item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 95(5), 385-388.
- Raymond, N. C., Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Zwaan, M., & Crosby, R. D. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 135-143.
- Retamales Rojas, R. (1986). *La alexitimia: Concepto y evaluación psicológica*. Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá de Henares.
- Retamales Rojas, R. (1988). La manifestación de los rasgos de la alexitimia en un grupo de enfermos psicosomáticos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. 16(5), 337-346.

- Ristow, M., Muller-Wieland, D., Pfeiffer, A., Krone, W., & Kahn, C. R. (1998). Obesity associated with a mutation in a genetic regulator of adipocyte differentiation. *N Engl J Med*, 339(14), 953-959.
- Ritz, T. (1994). Alexithyme Merkmale und affektive Intensität: adaptation und Zusammenhang zweier Fragebogeninstrumente. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15, 23-39.
- Rivas T., Bersabe R. & Castro Serafina. 2001. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*; 24(2): 25-31.
- Rodríguez del Álamo, A., de Benito, F. F., Rodríguez F. B. (2003). Alexitimia en personas en procesos de separación o divorcio. *Anuario de Psicología Jurídica*, 13, 87-94.
- Roedema, T. M., y Simons, R. F. (1999). Emotion-processing deficit in alexithymia. *Psychophysiology*, 36(3), 379-387.
- Rojo L., Livianos L., Conesa Ll., García A., Domínguez A., Rodrigo G., Sanjuán Ll., Vila M. 2003. Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. *International Journal of Eating Disorders*; 34(3): 281-291.
- Rosembaun M. (1997). Obesity. *N Eng J Med.*, 337, 396-408.
- Ruesch, J., (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Ruiz-Lázaro, P.M. 2002. *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España*. <http://es.salut.conecta.it/ruizl.htm>. (18-10-05).

- Ruiz-Lázaro PM., Alonso JP., Velilla JM., Lobo A., Martín A., Paumard C. & Calvo AI. 1998. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*; 3: 148-162.
- Russell, G. F. (1969). Metabolic, endocrine and psychiatric aspects of anorexia nervosa. *Scientific Basis of Medicine Annual Review* , 236-255.
- Rybicki, D. J., Lepkowsky, C. M., & Arndt, S. (1989). An empirical assessment of bulimic patients using multiple measures. *Addictive Behaviors*, 14(3), 249–260.
- Sánchez-Planell, L. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria. En Vallejo Ruiloba, J. (ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, (4ª ed.). Barcelona, Masson.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, P. (1996). *Dimensiones de la alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresión e ira*. *Psiquis*, 17, (1), 37-45.
- Sarason, S.B. (1974). *The psychological sense of community: prospects for a community psychology*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Schiattino I, Sanfuentes MT, Lagarribel M, Jara S, Lolas F, Liberman C.(1998). Influencia de la restricción alimentaria sobre la díada madre-hija. *Actas Esp Psiquitr*, 26(5), 303–308.
- Schmidt, U., Jiwany, A., y Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 54–58.

- Schmeider, P. B. (1977). The observer, the psychosomatic phenomenon and the setting of the observation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 36-46.
- Selvini-Palazzoli, M. P. (1974). *Self-Starvation*. London: Chaucer Publishing Co.
- Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S., & Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277–286.
- Shands, H. C. (1975). How are “psychosomatic” patients different from “psychoneurotic” patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26(5), 270-285.
- Shipko, S. y Noviello, N. (1984). Psychometric properties of self report scales of alexithymia. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 41(2), 85-90.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Sifneos P. E. (1998). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affectand creativity. *Psychiatric of North America*, 11, 287-292.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Sifneos, P. E. y Aptel, J. R. (1979). Alexithymia: Concep and measurement. *Psychoterapy and Psychosomatic*, 32, 180-190.

- Sifneos, P.E. (1986). The Schalling-Sifneos Personality Scale-revised. *Psychother sychosom*, 45, 161-165,.
- Silberman, E.K. y Weingartner, H. (1986). Hemispheric lateralization of functions related to emotion. *Brain and Cognition*, 5(3), 322-353.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 403–416.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 227–232.
- Smith, G.R. (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation/liaison service. *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 99-101.
- Smith, R. A., Wallston, B. S., Wallston, K. A., Forsberg, P. R., & King, J. E. (1984). Measuring desire for control of health care processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(2), 415-426.
- Smolak, L., & Striegel-Moore, R. H. (2001). Challenging the myth of the golden girl: Ethnicity and eating disorders. In R. H. Striegel-Moore, & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* ( pp. 111–132). Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Society of Actuaries. (1992). Life tables for the United States Social Security Area 1900-2080. Actuarial Study nº107, August, 1992 (SSA Publ Nº 11-11536). Washington, DC, U.S. *Department of Health and Human Services*.

- Sours, J. A. (1973). La AN: nosología diagnóstico, pautas de desarrollo y dinámica de poder y control. En: Caplan G, Lebovici S, compiladores. *Psicología social de la adolescencia*. (pp. 143-159). Buenos Aires: Paidós.
- Sours, J. A. (1974). The anorexia nervosa syndrome. *Int J. Psychoanal.* 55(4), 567-579.
- Stéphane J., Hautekeete M. (1999). Alexithymia is associated with a low self-estimated affective intensity. *Personality and Individual Differences* 27, 125-133.
- Stephanie Q., Hugh L. (2004). *Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes*. Department of Psychology, University of Central Lancashire, Preston, PR1 2HE Lancashire, UK.
- Stern, D. N. (1984). Affect attunement. In Call J. D, Galenson E., Tyson, R. L., (Ed.), *Frontiers in infant psychiatry*. (pp. 3-14). New York:: Basic Books.
- Stevens, J., Cai, J., Pamuk, E. R., Williamson, D. F, Thun, M. J., & Wood, J. L. (1998). The effect of age on the association between body mass index and mortality. *N Engl J Med* 338(1), 1-7.
- Striegel-Moore, R. H., Schrieber, G. B., Lo, A., Crawford, P., Obarzanek, E., & Rodin, J. (2000). Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: The NHLBI growth and health study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 49–66.
- Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., & Fairburn, C. G. (2000). Recurrent binge eating in Black American women. *Archives of Family Medicine*, 9(1), 83–87.

- Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 19(2-3), 329-346.
- Suslow, T. (1998). Alexithymia and automatic affective processing. *European Journal of Personality*, 12, 433-443.
- Szasz, T.S. (1970). *The Manufactures of Madness*. New York: Harper & Row.
- Szmukler, G. I., & Tantam D. (1984). Anorexia nervosa: Starvation dependence. *Br J Med Psychol*, 57(Pt 4), 303-310.
- Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., & Brownell, K. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 49–54.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(1), 153–164.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison (CT). *International Univ. Press*.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia. Concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134–142.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct. A potencial paradigm for psychosomatic medicine, *Psychosomatics*, 32 (2), pp. 153-164.
- Taylor, G. J., Doody, K., & Newman, A. (1991). Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 470–474.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561–568.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P. y Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexitimia scale. *Psychotherapy and Psychomatics*, 44(4), 191-199.
- Telch, C. F., Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a nontreatment seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 768–776.
- Telch, C. F., y Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating, and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 53–61.
- Theander S. (1985). Outcome and prognosis im anorexia nervosa and bulimia. En G.I. Szmukler, P.D. Slade, P. Harris et al., (Ed.), *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders*. (pp. 493-508).London: Pergamon.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertension and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 987–994.

- Tonnies, F. (1979). *Comunidad y Asociación*. Barcelona. Ediciones Península.
- Toro, J., Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. *Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud*. Serie Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca.
- Trichilo DL. (1998). Parental attachment and affect disturbance in young bulimic women. *Diss Abstr Int B Sci Eng*, 59(5B), 2441.
- Troop, N. A., Schmidt, U. H., & Treasure, J. L. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: A factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 151–157.
- Van Rad, M., Lalucat, L., & Lolas, F. (1977). Differences of verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 83–97.
- Vanderlinden, J., Dalle Grave, R., Vandereycken, W., & Noorduin, C. (2001). Which factors do provoke binge eating. An exploratory study in female students. *Eating Behaviors*, 2(1), 79–83.
- Van Itallie, T. B. (1985). Health implications of overweight and obesity in the United States. *Ann Intern Med* 103(6(Pt 2)), 983-988.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147.
- Vogt, R., Burckstummer, G., Ernst, L., Meyer, K., & von Rad, M. (1977). Differences in fantasy life of psychosomatics and psychoneurotics patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 98-105.

- Von-Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42(1-4), 80-89.
- Von Rad, M., Lalucat, L., Lolas, F., (1977). Differences in verbal behavior in psychosomatics patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 83-97.
- Wallston, K.A. (1983). Expectancies about control over health. Relation ship to desire for control of health care. *Personality and Psychology Bulletin*, 9(3), 377-385.
- Warren, R.L. (1972). *The community in America*. Chicago: Ill Rand McNally.
- Wells J.E., Coope P.A., Gabb D.C., Pears R.K., (1985). The factor structure of the eating attitudes test with adolescent schoolgirls. *Psychological Medicine*; 15, 141-146.
- Wing, J.K. (1978) Reasoning about madness. London: *Oxford University Press*.
- Wise NL, Mann LS, Shay L. (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. *Compr Psychiatry*, 33(3), 147– 51.
- Wise, T.N., Mann, L.S., Mitchel, J.D., Hryvniak, M. y Hill, B. (1990). Secondary alexithymia: an empirical validation. *Comprehensive Psychiatry*, 31(4), 284-288.
- Womble, L. G., Williamson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, J. M., Lovejoy, J. C., & Greenway, F. L. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 217–221.

Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472–1479.

Zaglul, A. (1990). *Mis quinientos locos. Memorias del director de un manicomio*. Santo Domingo, Ediciones Taller. (Trabajo original publicado en 1966).

Zax, M. y Specter, G.A. (1979). *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. México. El Manual Moderno.

Ziolko HU y Schrader HC. Bulimie.(1985). *Fortschritte de Neurologie und Psyquiatrie*; 53, 231-258.

---

## **ANEXOS**

---

---

## **1- TABLAS**

---

Tabla 1: Edad del padre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	30	3	,1	,1	,1
	31	2	,1	,1	,2
	32	11	,3	,4	,6
	33	21	,6	,7	1,3
	34	33	1,0	1,1	2,4
	35	50	1,5	1,7	4,1
	36	65	1,9	2,2	6,4
	37	65	1,9	2,2	8,6
	38	92	2,7	3,2	11,8
	39	137	4,0	4,7	16,5
	40	156	4,6	5,4	21,9
	41	196	5,8	6,8	28,7
	42	266	7,8	9,2	37,8
	43	234	6,9	8,1	45,9
	44	189	5,6	6,5	52,4
	45	229	6,8	7,9	60,3
	46	161	4,8	5,6	65,9
	47	138	4,1	4,8	70,6
	48	143	4,2	4,9	75,6
	49	119	3,5	4,1	79,7
	50	149	4,4	5,1	84,8
	51	77	2,3	2,7	87,4
	52	99	2,9	3,4	90,9
	53	55	1,6	1,9	92,8
	54	44	1,3	1,5	94,3
	55	31	,9	1,1	95,3
	56	31	,9	1,1	96,4
	57	22	,6	,8	97,2
	58	17	,5	,6	97,8
	59	13	,4	,4	98,2
	60	14	,4	,5	98,7
	61	7	,2	,2	98,9
	62	5	,1	,2	99,1
	63	5	,1	,2	99,3
	64	2	,1	,1	99,3
	65	5	,1	,2	99,5
	66	3	,1	,1	99,6
	68	2	,1	,1	99,7
	69	1	,0	,0	99,7
	70	4	,1	,1	99,9
	71	2	,1	,1	99,9
	75	2	,1	,1	100,0
	Total	2900	85,6	100,0	
Perdidos	Sistema	489	14,4		
	Total	3389	100,0		

Tabla 2: Edad de la madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	25	1	,0	,0	,0
	27	1	,0	,0	,1
	28	1	,0	,0	,1
	29	4	,1	,1	,2
	30	9	,3	,3	,5
	31	22	,6	,7	1,3
	32	49	1,4	1,6	2,9
	33	50	1,5	1,7	4,6
	34	78	2,3	2,6	7,2
	35	100	3,0	3,3	10,5
	36	134	4,0	4,5	15,0
	37	138	4,1	4,6	19,7
	38	158	4,7	5,3	24,9
	39	168	5,0	5,6	30,6
	40	294	8,7	9,8	40,4
	41	216	6,4	7,2	47,7
	42	280	8,3	9,4	57,0
	43	224	6,6	7,5	64,5
	44	159	4,7	5,3	69,9
	45	215	6,3	7,2	77,1
	46	147	4,3	4,9	82,0
	47	118	3,5	4,0	85,9
	48	101	3,0	3,4	89,3
	49	82	2,4	2,7	92,1
	50	79	2,3	2,6	94,7
	51	44	1,3	1,5	96,2
	52	40	1,2	1,3	97,5
	53	21	,6	,7	98,2
	54	19	,6	,6	98,9
	55	10	,3	,3	99,2
	56	11	,3	,4	99,6
	57	4	,1	,1	99,7
	58	3	,1	,1	99,8
	60	2	,1	,1	99,9
	62	1	,0	,0	99,9
	63	1	,0	,0	99,9
	66	1	,0	,0	100,0
	69	1	,0	,0	100,0
	Total	2986	88,1	100,0	
Perdidos	Sistema	403	11,9		
	Total	3389	100,0		

Tabla 3: TAS 20-Escala PT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	1	,0	,0	,0
	15	1	,0	,0	,1
	20	1	,0	,0	,1
	21	1	,0	,0	,1
	23	2	,1	,1	,2
	24	4	,1	,1	,3
	25	2	,1	,1	,4
	26	6	,2	,2	,5
	27	5	,1	,1	,7
	28	14	,4	,4	1,1
	29	16	,5	,5	1,6
	30	16	,5	,5	2,0
	31	21	,6	,6	2,7
	32	32	,9	,9	3,6
	33	27	,8	,8	4,4
	34	35	1,0	1,0	5,4
	35	48	1,4	1,4	6,9
	36	64	1,9	1,9	8,8
	37	64	1,9	1,9	10,7
	38	95	2,8	2,8	13,5
	39	78	2,3	2,3	15,8
	40	91	2,7	2,7	18,5
	41	111	3,3	3,3	21,7
	42	103	3,0	3,0	24,8
	43	100	3,0	3,0	27,8
	44	115	3,4	3,4	31,2
	45	99	2,9	2,9	34,1
	46	114	3,4	3,4	37,5
	47	113	3,3	3,3	40,8
	48	113	3,3	3,3	44,1
	49	124	3,7	3,7	47,8
	50	133	3,9	3,9	51,7
	51	114	3,4	3,4	55,1
	52	111	3,3	3,3	58,4
	53	112	3,3	3,3	61,7
	54	95	2,8	2,8	64,5
	55	110	3,2	3,3	67,8
	56	104	3,1	3,1	70,9

57	103	3,0	3,0	73,9
58	88	2,6	2,6	76,5
59	92	2,7	2,7	79,2
60	88	2,6	2,6	81,8
61	78	2,3	2,3	84,1
62	79	2,3	2,3	86,5
63	55	1,6	1,6	88,1
64	52	1,5	1,5	89,6
65	41	1,2	1,2	90,9
66	55	1,6	1,6	92,5
67	45	1,3	1,3	93,8
68	35	1,0	1,0	94,9
69	39	1,2	1,2	96,0
70	33	1,0	1,0	97,0
71	16	,5	,5	97,5
72	17	,5	,5	98,0
73	13	,4	,4	98,3
74	8	,2	,2	98,6
75	10	,3	,3	98,9
76	7	,2	,2	99,1
77	6	,2	,2	99,3
78	7	,2	,2	99,5
79	2	,1	,1	99,5
80	6	,2	,2	99,7
81	2	,1	,1	99,8
82	1	,0	,0	99,8
83	1	,0	,0	99,8
84	3	,1	,1	99,9
85	1	,0	,0	99,9
92	1	,0	,0	100,0
93	1	,0	,0	100,0
Total	3380	99,7	100,0	
Perdidos Sistema	9	,3		
Total	3389	100,0		

Tabla 4: TAS 20-Escala DIS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	,1	,1	,1
	3	1	,0	,0	,1
	7	210	6,2	6,2	6,3
	8	118	3,5	3,5	9,8
	9	174	5,1	5,1	14,9
	10	172	5,1	5,1	20,0
	11	221	6,5	6,5	26,6
	12	194	5,7	5,7	32,3
	13	219	6,5	6,5	38,8
	14	199	5,9	5,9	44,7
	15	202	6,0	6,0	50,7
	16	187	5,5	5,5	56,2
	17	209	6,2	6,2	62,4
	18	160	4,7	4,7	67,1
	19	164	4,8	4,9	72,0
	20	125	3,7	3,7	75,7
	21	149	4,4	4,4	80,1
	22	134	4,0	4,0	84,0
	23	109	3,2	3,2	87,2
	24	80	2,4	2,4	89,6
	25	94	2,8	2,8	92,4
	26	61	1,8	1,8	94,2
	27	57	1,7	1,7	95,9
	28	37	1,1	1,1	97,0
	29	37	1,1	1,1	98,1
	30	20	,6	,6	98,7
	31	15	,4	,4	99,1
	32	10	,3	,3	99,4
	33	6	,2	,2	99,6
	34	5	,1	,1	99,7
	35	7	,2	,2	99,9
	38	1	,0	,0	100,0
	40	1	,0	,0	100,0
	Total	3380	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	9	,3		
Total		3389	100,0		

Tabla 5: TAS 20-Escala DDS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	1	,0	,0	,0
	5	105	3,1	3,1	3,1
	6	87	2,6	2,6	5,7
	7	130	3,8	3,8	9,6
	8	166	4,9	4,9	14,5
	9	267	7,9	7,9	22,4
	10	238	7,0	7,0	29,4
	11	297	8,8	8,8	38,2
	12	274	8,1	8,1	46,3
	13	304	9,0	9,0	55,3
	14	275	8,1	8,1	63,4
	15	259	7,6	7,7	71,1
	16	247	7,3	7,3	78,4
	17	195	5,8	5,8	84,2
	18	160	4,7	4,7	88,9
	19	130	3,8	3,8	92,8
	20	92	2,7	2,7	95,5
	21	72	2,1	2,1	97,6
	22	30	,9	,9	98,5
	23	26	,8	,8	99,3
	24	12	,4	,4	99,6
	25	12	,4	,4	100,0
	26	1	,0	,0	100,0
	Total	3380	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	9	,3		
Total		3389	100,0		

Tabla 6: TAS 20- Escala PE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	10	,3	,3	,3
	9	8	,2	,2	,5
	10	18	,5	,5	1,1
	11	20	,6	,6	1,7
	12	54	1,6	1,6	3,3
	13	54	1,6	1,6	4,9
	14	83	2,4	2,5	7,3
	15	103	3,0	3,0	10,4
	16	166	4,9	4,9	15,3
	17	180	5,3	5,3	20,6
	18	228	6,7	6,7	27,3
	19	248	7,3	7,3	34,7
	20	269	7,9	8,0	42,6
	21	291	8,6	8,6	51,2
	22	292	8,6	8,6	59,9
	23	262	7,7	7,8	67,6
	24	221	6,5	6,5	74,2
	25	202	6,0	6,0	80,1
	26	194	5,7	5,7	85,9
	27	126	3,7	3,7	89,6
	28	120	3,5	3,6	93,2
	29	79	2,3	2,3	95,5
	30	44	1,3	1,3	96,8
	31	38	1,1	1,1	97,9
	32	24	,7	,7	98,6
	33	17	,5	,5	99,1
	34	4	,1	,1	99,3
	35	9	,3	,3	99,5
	36	8	,2	,2	99,8
	37	1	,0	,0	99,8
	38	2	,1	,1	99,9
	39	2	,1	,1	99,9
	41	1	,0	,0	99,9
	42	1	,0	,0	100,0
	44	1	,0	,0	100,0
	Total	3380	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	9	,3		
Total		3389	100,0		

Tabla 7: EAT: Puntuación total

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	,2	,2	,2
	1	20	,6	,6	,8
	2	45	1,3	1,3	2,1
	3	112	3,3	3,3	5,4
	4	144	4,2	4,3	9,7
	5	218	6,4	6,5	16,2
	6	224	6,6	6,6	22,8
	7	226	6,7	6,7	29,5
	8	237	7,0	7,0	36,5
	9	235	6,9	7,0	43,5
	10	225	6,6	6,7	50,1
	11	202	6,0	6,0	56,1
	12	149	4,4	4,4	60,6
	13	154	4,5	4,6	65,1
	14	122	3,6	3,6	68,7
	15	130	3,8	3,9	72,6
	16	98	2,9	2,9	75,5
	17	90	2,7	2,7	78,2
	18	82	2,4	2,4	80,6
	19	79	2,3	2,3	82,9
	20	60	1,8	1,8	84,7
	21	36	1,1	1,1	85,8
	22	43	1,3	1,3	87,0
	23	42	1,2	1,2	88,3
	24	44	1,3	1,3	89,6
	25	27	,8	,8	90,4
	26	36	1,1	1,1	91,5
	27	21	,6	,6	92,1
	28	25	,7	,7	92,8
	29	24	,7	,7	93,5
	30	16	,5	,5	94,0
	31	15	,4	,4	94,5
	32	16	,5	,5	94,9
	33	16	,5	,5	95,4
	34	12	,4	,4	95,8
	35	11	,3	,3	96,1
	36	11	,3	,3	96,4
	37	9	,3	,3	96,7
	38	8	,2	,2	96,9
	39	8	,2	,2	97,2
	40	8	,2	,2	97,4
	41	7	,2	,2	97,6
	42	6	,2	,2	97,8
	43	6	,2	,2	98,0
	44	7	,2	,2	98,2
	45	7	,2	,2	98,4
	46	5	,1	,1	98,5
	47	3	,1	,1	98,6
	48	4	,1	,1	98,7
	49	9	,3	,3	99,0
	50	4	,1	,1	99,1
	51	1	,0	,0	99,1
	52	5	,1	,1	99,3
	53	1	,0	,0	99,3
	54	1	,0	,0	99,3
	55	2	,1	,1	99,4
	56	4	,1	,1	99,5
	59	3	,1	,1	99,6
	60	1	,0	,0	99,6
	62	1	,0	,0	99,7
	64	1	,0	,0	99,7
	66	1	,0	,0	99,7
	67	3	,1	,1	99,8
	68	1	,0	,0	99,9
	69	1	,0	,0	99,9
	78	1	,0	,0	99,9
	81	1	,0	,0	99,9
	100	2	,1	,1	100,0
	Total	3374	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	15	,4		
Total		3389	100,0		

## Anova de un Factor

Tabla 8: PROVINCIA DE RESIDENCIA

## Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20-Escala PT	La Coruña	875	49,45	10,648	,360	48,75	50,16	21	92
	Lugo	943	51,19	10,506	,342	50,51	51,86	24	85
	Orense	791	50,03	10,619	,378	49,29	50,77	15	84
	Pontevedra	771	51,35	10,930	,394	50,57	52,12	5	93
	Total	3380	50,50	10,692	,184	50,14	50,86	5	93
TAS 20-Escala DIS	La Coruña	875	15,14	5,892	,199	14,75	15,53	7	35
	Lugo	943	16,55	6,147	,200	16,16	16,95	3	35
	Orense	791	16,30	6,119	,218	15,88	16,73	2	40
	Pontevedra	771	16,32	5,939	,214	15,90	16,74	2	38
	Total	3380	16,08	6,052	,104	15,87	16,28	2	40
TAS 20-Escala DDS	La Coruña	875	12,55	4,182	,141	12,27	12,83	4	25
	Lugo	943	13,16	4,207	,137	12,89	13,43	5	25
	Orense	791	13,20	4,239	,151	12,90	13,50	5	25
	Pontevedra	771	13,38	4,280	,154	13,08	13,69	5	26
	Total	3380	13,06	4,234	,073	12,92	13,21	4	26
TAS 20- Escala PE	La Coruña	875	21,77	4,770	,161	21,45	22,08	8	36
	Lugo	943	21,49	4,767	,155	21,19	21,80	8	41
	Orense	791	20,62	4,877	,173	20,28	20,96	8	39
	Pontevedra	771	21,78	4,867	,175	21,44	22,13	8	44
	Total	3380	21,43	4,837	,083	21,26	21,59	8	44
GHQ-28-Escala A:PS	La Coruña	878	1,05	1,644	,055	,95	1,16	0	9
	Lugo	944	1,13	1,633	,053	1,02	1,23	0	7
	Orense	790	,82	1,407	,050	,72	,92	0	7
	Pontevedra	773	1,16	1,763	,063	1,04	1,29	0	20
	Total	3385	1,04	1,622	,028	,99	1,10	0	20
GHQ-28-Escala B:DS	La Coruña	878	1,62	2,379	,080	1,46	1,78	0	13
	Lugo	944	2,08	2,624	,085	1,91	2,24	0	13
	Orense	790	1,80	2,489	,089	1,63	1,98	0	13
	Pontevedra	772	1,99	2,708	,097	1,80	2,19	0	13
	Total	3384	1,88	2,556	,044	1,79	1,96	0	13
GHQ-28-Escala C:AI	La Coruña	877	1,15	1,735	,059	1,04	1,27	0	9
	Lugo	944	1,59	2,640	,086	1,42	1,76	0	57
	Orense	789	1,21	1,791	,064	1,09	1,34	0	7
	Pontevedra	771	1,39	1,875	,068	1,25	1,52	0	7
	Total	3381	1,34	2,075	,036	1,27	1,41	0	57
GHQ-28-Escala D:DS	La Coruña	878	,51	1,313	,044	,42	,59	0	9
	Lugo	944	,94	1,786	,058	,83	1,06	0	7
	Orense	789	,65	1,465	,052	,55	,75	0	7
	Pontevedra	771	,78	1,618	,058	,67	,90	0	7
	Total	3382	,73	1,569	,027	,67	,78	0	9
EAT: Puntuación total	La Coruña	877	12,51	10,023	,338	11,84	13,17	0	**
	Lugo	940	14,02	10,434	,340	13,36	14,69	0	**
	Orense	787	13,52	10,029	,357	12,81	14,22	0	78
	Pontevedra	770	12,60	8,677	,313	11,98	13,21	0	66
	Total	3374	13,19	9,870	,170	12,85	13,52	0	**

**Tabla 9: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	,686	3	3376	,561
TAS 20-Escala DIS	,733	3	3376	,532
TAS 20-Escala DDS	,204	3	3376	,894
TAS 20- Escala PE	,652	3	3376	,582
GHQ-28-Escala A:PS	6,969	3	3381	,000
GHQ-28-Escala B:DS	5,571	3	3380	,001
GHQ-28-Escala C:AI	9,611	3	3377	,000
GHQ-28-Escala D:DS	28,362	3	3378	,000
EAT: Puntuación total	4,563	3	3370	,003

**Tabla 10: ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	2124,704	3	708,235	6,224	,000
	Intra-grupos	384134,238	3376	113,784		
	Total	386258,942	3379			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	1069,000	3	356,333	9,806	,000
	Intra-grupos	122673,912	3376	36,337		
	Total	123742,912	3379			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	331,522	3	110,507	6,192	,000
	Intra-grupos	60253,802	3376	17,848		
	Total	60585,324	3379			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	722,741	3	240,914	10,384	,000
	Intra-grupos	78325,322	3376	23,201		
	Total	79048,062	3379			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	57,781	3	19,260	7,361	,000
	Intra-grupos	8846,660	3381	2,617		
	Total	8904,441	3384			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	110,749	3	36,916	5,673	,001
	Intra-grupos	21996,626	3380	6,508		
	Total	22107,375	3383			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	103,170	3	34,390	8,040	,000
	Intra-grupos	14444,630	3377	4,277		
	Total	14547,800	3380			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	94,016	3	31,339	12,869	,000
	Intra-grupos	8225,990	3378	2,435		
	Total	8320,006	3381			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	1416,598	3	472,199	4,864	,002
	Intra-grupos	327186,627	3370	97,088		
	Total	328603,225	3373			

Tabla 11: Comparaciones múltiples

Scheffé								
Variable dependiente	(I) Provincia de residencia (aplicación pruebas)	(J) Provincia de residencia (aplicación pruebas)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
TAS 20-Escala PT	La Coruña	Lugo	-1,73(*)	,501	,008	-3,13	-,33	
		Orense	-,58	,523	,750	-2,04	,89	
		Pontevedra	-1,89(*)	,527	,005	-3,37	-,42	
	Lugo	La Coruña	1,73(*)	,501	,008	,33	3,13	
		Orense	1,15	,514	,170	-,28	2,59	
		Pontevedra	-,16	,518	,992	-1,61	1,29	
	Orense	La Coruña	,58	,523	,750	-,89	2,04	
		Lugo	-1,15	,514	,170	-2,59	,28	
		Pontevedra	-1,31	,540	,115	-2,82	,20	
	Pontevedra	La Coruña	1,89(*)	,527	,005	,42	3,37	
		Lugo	,16	,518	,992	-1,29	1,61	
		Orense	1,31	,540	,115	-,20	2,82	
	TAS 20-Escala DIS	La Coruña	Lugo	-1,42(*)	,283	,000	-2,21	-,62
			Orense	-1,17(*)	,296	,001	-1,99	-,34
			Pontevedra	-1,18(*)	,298	,001	-2,01	-,34
Lugo		La Coruña	1,42(*)	,283	,000	,62	2,21	
		Orense	,25	,291	,864	-,56	1,06	
		Pontevedra	,24	,293	,880	-,58	1,06	
Orense		La Coruña	1,17(*)	,296	,001	,34	1,99	
		Lugo	-,25	,291	,864	-1,06	,56	
		Pontevedra	-,01	,305	1,000	-,86	,84	
Pontevedra		La Coruña	1,18(*)	,298	,001	,34	2,01	
		Lugo	-,24	,293	,880	-1,06	,58	
		Orense	,01	,305	1,000	-,84	,86	
TAS 20-Escala DDS		La Coruña	Lugo	-,61(*)	,198	,023	-1,17	-,06
			Orense	-,65(*)	,207	,021	-1,23	-,07
			Pontevedra	-,83(*)	,209	,001	-1,41	-,25
	Lugo	La Coruña	,61(*)	,198	,023	,06	1,17	
		Orense	-,04	,204	,998	-,61	,53	
		Pontevedra	-,22	,205	,767	-,79	,35	
	Orense	La Coruña	,65(*)	,207	,021	,07	1,23	
		Lugo	,04	,204	,998	-,53	,61	
		Pontevedra	-,18	,214	,866	-,78	,42	
	Pontevedra	La Coruña	,83(*)	,209	,001	,25	1,41	
		Lugo	,22	,205	,767	-,35	,79	
		Orense	,18	,214	,866	-,42	,78	
	TAS 20-Escala PE	La Coruña	Lugo	,27	,226	,688	-,36	,91
			Orense	1,15(*)	,236	,000	,49	1,81
			Pontevedra	-,02	,238	1,000	-,68	,65
Lugo		La Coruña	-,27	,226	,688	-,91	,36	
		Orense	,88(*)	,232	,003	,23	1,52	
		Pontevedra	-,29	,234	,667	-,95	,36	
Orense		La Coruña	-1,15(*)	,236	,000	-1,81	-,49	
		Lugo	-,88(*)	,232	,003	-1,52	-,23	
		Pontevedra	-1,17(*)	,244	,000	-1,85	-,49	
Pontevedra		La Coruña	,02	,238	1,000	-,65	,68	
		Lugo	,29	,234	,667	-,36	,95	
		Orense	1,17(*)	,244	,000	,49	1,85	
GHQ-28-		La Coruña	Lugo	-,07	,076	,822	-,28	,14



**Subconjuntos homogéneos****Tabla 12: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	875	49,45	
Orense	791	50,03	50,03
Lugo	943		51,19
Pontevedra	771		51,35
Sig.		,747	,095

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 839,535.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 13: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	875	15,14	
Orense	791		16,30
Pontevedra	771		16,32
Lugo	943		16,55
Sig.		1,000	,868

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 839,535.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 14: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	875	12,55	
Lugo	943		13,16
Orense	791		13,20
Pontevedra	771		13,38
Sig.		1,000	,770

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 839,535.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 15: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Orense	791	20,62	
Lugo	943		21,49
La Coruña	875		21,77
Pontevedra	771		21,78
Sig.		1,000	,671

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 839,535.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 16: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Orense	790	,82	
La Coruña	878		1,05
Lugo	944		1,13
Pontevedra	773		1,16
Sig.		1,000	,606

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 840,732.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 17: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	878	1,62	
Orense	790	1,80	1,80
Pontevedra	772		1,99
Lugo	944		2,08
Sig.		,540	,184

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 840,436.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 18: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	877	1,15	
Orense	789	1,21	
Pontevedra	771	1,39	1,39
Lugo	944		1,59
Sig.		,141	,268

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 839,628.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 19: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
La Coruña	878	,51		
Orense	789	,65	,65	
Pontevedra	771		,78	,78
Lugo	944			,94
Sig.		,314	,382	,219

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 839,857.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 20: EAT: Puntuación total**

Scheffé

Provincia de residencia (aplicación pruebas)	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	877	12,51	
Pontevedra	770	12,60	
Orense	787	13,52	13,52
Lugo	940		14,02
Sig.		,223	,774

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,972.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Prueba T****TIPO DE CENTRO: PRIVADO - PÚBLICO****Tabla 21: Estadísticos de grupo**

	Tipo de centro	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TAS 20-Escala PT	Privado	2080	49,82	10,480	,230
	Público	1300	51,59	10,937	,303
TAS 20-Escala DIS	Privado	2080	15,88	5,942	,130
	Público	1300	16,38	6,213	,172
TAS 20-Escala DDS	Privado	2080	12,95	4,129	,091
	Público	1300	13,25	4,393	,122
TAS 20- Escala PE	Privado	2080	21,08	4,852	,106
	Público	1300	21,98	4,762	,132
GHQ-28-Escala A:PS	Privado	2081	1,00	1,622	,036
	Público	1304	1,11	1,622	,045
GHQ-28-Escala B:DS	Privado	2081	1,82	2,434	,053
	Público	1303	1,96	2,740	,076
GHQ-28-Escala C:AI	Privado	2078	1,31	1,778	,039
	Público	1303	1,39	2,475	,069
GHQ-28-Escala D:DS	Privado	2080	,67	1,492	,033
	Público	1302	,82	1,680	,047
EAT: Puntuación total	Privado	2076	12,92	9,513	,209
	Público	1298	13,61	10,406	,289

Tabla 22: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
TAS 20-Escala PT	Se han asumido varianzas iguales	4,253	,039	-4,699	3378	,000	-1,77	,377	-2,510	-1,032
	No se han asumido varianzas iguales			-4,653	2668,599	,000	-1,77	,381	-2,517	-1,025
TAS 20-Escala DIS	Se han asumido varianzas iguales	4,915	,027	-2,317	3378	,021	-,50	,214	-,915	-,076
	No se han asumido varianzas iguales			-2,293	2664,495	,022	-,50	,216	-,919	-,072
TAS 20-Escala DDS	Se han asumido varianzas iguales	7,194	,007	-2,058	3378	,040	-,31	,150	-,601	-,014
	No se han asumido varianzas iguales			-2,028	2628,289	,043	-,31	,152	-,606	-,010
TAS 20-Escala PE	Se han asumido varianzas iguales	,277	,599	-5,279	3378	,000	-,90	,170	-1,233	-,565
	No se han asumido varianzas iguales			-5,302	2796,069	,000	-,90	,170	-1,232	-,567
GHQ-28-Escala A:PS	Se han asumido varianzas iguales	3,229	,072	-1,777	3383	,076	-,10	,057	-,214	,011
	No se han asumido varianzas iguales			-1,777	2767,122	,076	-,10	,057	-,214	,011
GHQ-28-Escala B:DS	Se han asumido varianzas iguales	12,431	,000	-1,569	3382	,117	-,14	,090	-,319	,035
	No se han asumido varianzas iguales			-1,527	2521,017	,127	-,14	,093	-,324	,040

GHQ-28- Escala C:AI	Se han asumido varianzas iguales	14,199	,000	-1,101	3379	,271	-,08	,073	-,224	,063
	No se han asumido varianzas iguales			-1,023	2140,920	,306	-,08	,079	-,235	,074
GHQ-28- Escala D:DS	Se han asumido varianzas iguales	14,403	,000	-2,821	3380	,005	-,16	,055	-,265	-,048
	No se han asumido varianzas iguales			-2,745	2517,674	,006	-,16	,057	-,268	-,045
EAT: Puntuaci ón total	Se han asumido varianzas iguales	7,870	,005	-1,989	3372	,047	-,69	,349	-1,379	-,010
	No se han asumido varianzas iguales			-1,948	2568,364	,051	-,69	,356	-1,393	,004

## Prueba T

## CENTROS DE ZONA URBANA Y ZONA RURAL

Tabla 23: Estadísticos de grupo

	Localización física del centro	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TAS 20-Escala PT	Urbano	2983	50,20	10,581	,194
	Rural	397	52,80	11,238	,564
TAS 20-Escala DIS	Urbano	2983	15,94	6,031	,110
	Rural	397	17,12	6,111	,307
TAS 20-Escala DDS	Urbano	2983	12,98	4,199	,077
	Rural	397	13,70	4,446	,223
TAS 20- Escala PE	Urbano	2983	21,34	4,840	,089
	Rural	397	22,06	4,768	,239
GHQ-28-Escala A:PS	Urbano	2987	1,01	1,603	,029
	Rural	398	1,30	1,742	,087
GHQ-28-Escala B:DS	Urbano	2987	1,81	2,484	,045
	Rural	397	2,37	3,004	,151
GHQ-28-Escala C:AI	Urbano	2984	1,31	2,074	,038
	Rural	397	1,60	2,067	,104
GHQ-28-Escala D:DS	Urbano	2986	,69	1,529	,028
	Rural	396	,98	1,820	,091
EAT: Puntuación total	Urbano	2978	13,18	9,861	,181
	Rural	396	13,21	9,950	,500

Tabla 24: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
TAS 20-Escala PT	Se han asumido varianzas iguales	4,548	,033	-4,565	3378	,000	-2,60	,570	-3,716	-1,483
	No se han asumido varianzas iguales			-4,359	494,056	,000	-2,60	,596	-3,771	-1,428
TAS 20-Escala DIS	Se han asumido varianzas iguales	,664	,415	-3,663	3378	,000	-1,18	,323	-1,815	-,549
	No se han asumido varianzas iguales			-3,626	504,201	,000	-1,18	,326	-1,823	-,542
TAS 20-Escala DDS	Se han asumido varianzas iguales	2,403	,121	-3,206	3378	,001	-,72	,226	-1,167	-,281
	No se han asumido varianzas iguales			-3,068	494,648	,002	-,72	,236	-1,188	-,260
TAS 20-Escala PE	Se han asumido varianzas iguales	,002	,964	-2,766	3378	,006	-,71	,258	-1,220	-,208
	No se han asumido varianzas iguales			-2,799	510,832	,005	-,71	,255	-1,215	-,213
GHQ-28-Escala A:PS	Se han asumido varianzas iguales	12,428	,000	-3,409	3383	,001	-,29	,086	-,464	-,125
	No se han asumido varianzas iguales			-3,199	490,811	,001	-,29	,092	-,476	-,114
GHQ-28-Escala B:DS	Se han asumido varianzas iguales	27,024	,000	-4,137	3382	,000	-,56	,136	-,831	-,297
	No se han asumido varianzas iguales			-3,580	470,740	,000	-,56	,157	-,873	-,254
GHQ-28-Escala C:AI	Se han asumido varianzas iguales	11,634	,001	-2,619	3379	,009	-,29	,111	-,507	-,073

	No se han asumido varianzas iguales			-2,626	507,966	,009	-,29	,110	-,507	-,073
GHQ-28-Escala D:DS	Se han asumido varianzas iguales	18,487	,000	-3,459	3380	,001	-,29	,084	-,454	-,126
	No se han asumido varianzas iguales			-3,029	471,867	,003	-,29	,096	-,478	-,102
EAT: Puntuación total	Se han asumido varianzas iguales	,641	,423	-,052	3372	,958	-,03	,528	-1,063	1,008
	No se han asumido varianzas iguales			-,052	503,778	,959	-,03	,532	-1,072	1,017

## ANOVA de un factor

## EDAD DE LOS SUJETOS

Tabla 25: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20- Escala PT	11	33	57,52	10,453	1,820	53,81	61,22	33	84
	12	548	51,49	11,028	,471	50,56	52,41	21	92
	13	796	52,17	10,612	,376	51,44	52,91	25	84
	14	741	50,34	10,119	,372	49,61	51,07	27	85
	15	820	49,00	10,485	,366	48,28	49,72	5	83
	16	356	48,25	10,791	,572	47,13	49,38	20	84
	17	75	50,71	10,815	1,249	48,22	53,20	30	70
	18	11	54,64	16,299	4,914	43,69	65,59	33	93
	Total	3380	50,50	10,692	,184	50,14	50,86	5	93
TAS 20- Escala DIS	11	33	19,82	6,034	1,050	17,68	21,96	8	33
	12	548	15,81	6,126	,262	15,29	16,32	7	38
	13	796	16,55	6,253	,222	16,12	16,99	7	35
	14	741	16,25	5,867	,216	15,82	16,67	3	33
	15	820	15,73	5,953	,208	15,32	16,14	2	40
	16	356	15,43	5,940	,315	14,81	16,05	7	35
	17	75	16,15	5,774	,667	14,82	17,48	7	30
	18	11	18,09	6,978	2,104	13,40	22,78	10	30
	Total	3380	16,08	6,052	,104	15,87	16,28	2	40
TAS 20- Escala DDS	11	33	14,79	4,820	,839	13,08	16,50	5	25
	12	548	13,19	4,415	,189	12,82	13,56	4	26
	13	796	13,44	4,235	,150	13,14	13,73	5	25
	14	741	13,04	4,174	,153	12,74	13,34	5	25
	15	820	12,81	4,086	,143	12,53	13,09	5	25
	16	356	12,48	4,232	,224	12,04	12,92	5	25
	17	75	13,11	4,314	,498	12,11	14,10	5	23
	18	11	13,91	4,742	1,430	10,72	17,10	6	21
	Total	3380	13,06	4,234	,073	12,92	13,21	4	26
TAS 20- Escala PE	11	33	22,94	3,840	,668	21,58	24,30	11	31
	12	548	22,53	4,777	,204	22,12	22,93	8	41
	13	796	22,24	4,745	,168	21,91	22,57	8	39
	14	741	21,09	4,676	,172	20,75	21,42	8	38
	15	820	20,61	4,837	,169	20,27	20,94	8	44
	16	356	20,34	4,843	,257	19,84	20,85	8	36
	17	75	21,31	4,402	,508	20,29	22,32	13	36
	18	11	22,64	8,686	2,619	16,80	28,47	11	42
	Total	3380	21,43	4,837	,083	21,26	21,59	8	44
GHQ-28- Escala A:PS	11	33	,88	1,166	,203	,47	1,29	0	5
	12	551	,85	1,409	,060	,73	,96	0	9

	13	797	,98	1,470	,052	,88	1,08	0	7
	14	740	1,01	1,526	,056	,90	1,12	0	7
	15	822	1,19	1,842	,064	1,06	1,32	0	20
	16	356	1,10	1,776	,094	,91	1,28	0	7
	17	75	1,43	1,854	,214	1,00	1,85	0	7
	18	11	3,00	2,683	,809	1,20	4,80	0	7
	Total	3385	1,04	1,622	,028	,99	1,10	0	20
GHQ-28- Escala B:DS	11	33	1,70	2,687	,468	,74	2,65	0	12
	12	551	1,35	2,143	,091	1,17	1,53	0	13
	13	796	1,74	2,460	,087	1,57	1,91	0	12
	14	740	1,96	2,553	,094	1,78	2,14	0	13
	15	822	2,05	2,699	,094	1,86	2,23	0	13
	16	356	2,31	2,797	,148	2,01	2,60	0	13
	17	75	2,23	2,689	,311	1,61	2,85	0	11
	18	11	3,64	3,529	1,064	1,27	6,01	0	11
	Total	3384	1,88	2,556	,044	1,79	1,96	0	13
	GHQ-28- Escala C:AI	11	33	,91	1,548	,270	,36	1,46	0
12		550	,96	1,624	,069	,82	1,09	0	9
13		794	1,26	1,776	,063	1,13	1,38	0	7
14		740	1,35	1,812	,067	1,22	1,48	0	7
15		822	1,51	2,735	,095	1,33	1,70	0	57
16		356	1,62	1,992	,106	1,41	1,82	0	7
17		75	1,79	2,088	,241	1,31	2,27	0	7
18		11	2,36	2,378	,717	,77	3,96	0	7
Total		3381	1,34	2,075	,036	1,27	1,41	0	57
GHQ-28- Escala D:DS		11	33	,64	1,410	,245	,14	1,14	0
	12	551	,54	1,333	,057	,43	,66	0	9
	13	796	,71	1,521	,054	,60	,81	0	7
	14	739	,77	1,604	,059	,65	,88	0	7
	15	821	,75	1,629	,057	,64	,86	0	7
	16	356	,84	1,689	,090	,67	1,02	0	7
	17	75	1,07	2,002	,231	,61	1,53	0	7
	18	11	1,00	1,549	,467	-,04	2,04	0	5
	Total	3382	,73	1,569	,027	,67	,78	0	9
	EAT: Puntuación total	11	33	15,85	10,645	1,853	12,07	19,62	3
12		550	13,90	9,462	,403	13,11	14,69	0	69
13		789	13,81	9,315	,332	13,16	14,46	0	67
14		739	13,33	9,396	,346	12,65	14,00	1	66
15		821	12,46	10,384	,362	11,75	13,17	0	**
16		356	11,88	9,772	,518	10,86	12,89	1	81
17		75	12,89	15,120	1,746	9,41	16,37	0	**
18		11	13,27	10,882	3,281	5,96	20,58	3	33
Total		3374	13,19	9,870	,170	12,85	13,52	0	**

**Tabla 26: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	1,112	7	3372	,352
TAS 20-Escala DIS	,748	7	3372	,631
TAS 20-Escala DDS	1,040	7	3372	,401
TAS 20- Escala PE	2,151	7	3372	,036
GHQ-28-Escala A:PS	10,758	7	3377	,000
GHQ-28-Escala B:DS	6,289	7	3376	,000
GHQ-28-Escala C:AI	7,151	7	3373	,000
GHQ-28-Escala D:DS	5,634	7	3374	,000
EAT: Puntuación total	1,142	7	3366	,334

**Tabla 27: ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	8247,776	7	1178,254	10,510	,000
	Intra-grupos	378011,166	3372	112,103		
	Total	386258,942	3379			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	992,132	7	141,733	3,893	,000
	Intra-grupos	122750,781	3372	36,403		
	Total	123742,912	3379			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	399,843	7	57,120	3,200	,002
	Intra-grupos	60185,481	3372	17,849		
	Total	60585,324	3379			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	2342,726	7	334,675	14,712	,000
	Intra-grupos	76705,336	3372	22,748		
	Total	79048,062	3379			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	98,237	7	14,034	5,382	,000
	Intra-grupos	8806,205	3377	2,608		
	Total	8904,441	3384			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	306,758	7	43,823	6,786	,000
	Intra-grupos	21800,616	3376	6,458		
	Total	22107,375	3383			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	169,850	7	24,264	5,692	,000
	Intra-grupos	14377,950	3373	4,263		
	Total	14547,800	3380			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	34,693	7	4,956	2,018	,049
	Intra-grupos	8285,313	3374	2,456		
	Total	8320,006	3381			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	1885,009	7	269,287	2,774	,007
	Intra-grupos	326718,216	3366	97,064		
	Total	328603,225	3373			

## Pruebas post hoc

Tabla 28: Comparaciones múltiples

Scheffé

Variable dependiente	(I) Edad de los sujetos	(J) Edad de los sujetos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
TAS 20-Escala PT	11	12	6,03	1,898	,184	-1,09	13,15
		13	5,34	1,881	,328	-1,72	12,40
		14	7,18(*)	1,884	,043	,11	14,25
		15	8,52(*)	1,880	,005	1,46	15,57
		16	9,26(*)	1,927	,002	2,03	16,49
		17	6,81	2,212	,221	-1,49	15,11
	12	18	2,88	3,686	,999	-10,96	16,71
		11	-6,03	1,898	,184	-13,15	1,09
		13	-,69	,588	,986	-2,89	1,52
		14	1,15	,597	,814	-1,09	3,39
		15	2,49(*)	,584	,012	,30	4,68
		16	3,23(*)	,721	,005	,53	5,94
	13	17	,78	1,304	1,000	-4,11	5,67
		18	-3,15	3,224	,996	-15,25	8,95
		11	-5,34	1,881	,328	-12,40	1,72
		12	,69	,588	,986	-1,52	2,89
		14	1,84	,540	,117	-,19	3,86
		15	3,18(*)	,527	,000	1,20	5,15
	14	16	3,92(*)	,675	,000	1,39	6,46
		17	1,47	1,279	,988	-3,33	6,27
		18	-2,46	3,214	,999	-14,53	9,60
		11	-7,18(*)	1,884	,043	-14,25	-,11
		12	-1,15	,597	,814	-3,39	1,09
		13	-1,84	,540	,117	-3,86	,19
	15	15	1,34	,537	,512	-,67	3,36
		16	2,09	,683	,230	-,48	4,65
		17	-,37	1,283	1,000	-5,18	4,45
		18	-4,30	3,216	,971	-16,37	7,77
		11	-8,52(*)	1,880	,005	-15,57	-1,46
		12	-2,49(*)	,584	,012	-4,68	-,30
	16	13	-3,18(*)	,527	,000	-5,15	-1,20
		14	-1,34	,537	,512	-3,36	,67
		16	,74	,672	,990	-1,78	3,27
		17	-1,71	1,277	,970	-6,50	3,08
		18	-5,64	3,214	,878	-17,70	6,42
		11	-9,26(*)	1,927	,002	-16,49	-2,03
	17	12	-3,23(*)	,721	,005	-5,94	-,53
		13	-3,92(*)	,675	,000	-6,46	-1,39
		14	-2,09	,683	,230	-4,65	,48
		15	-,74	,672	,990	-3,27	1,78
		17	-2,45	1,345	,853	-7,50	2,59
		18	-6,38	3,241	,794	-18,55	5,78
17	11	-6,81	2,212	,221	-15,11	1,49	
	12	-,78	1,304	1,000	-5,67	4,11	

		13	-1,47	1,279	,988	-6,27	3,33
		14	,37	1,283	1,000	-4,45	5,18
		15	1,71	1,277	,970	-3,08	6,50
		16	2,45	1,345	,853	-2,59	7,50
		18	-3,93	3,418	,988	-16,76	8,90
	18	11	-2,88	3,686	,999	-16,71	10,96
		12	3,15	3,224	,996	-8,95	15,25
		13	2,46	3,214	,999	-9,60	14,53
		14	4,30	3,216	,971	-7,77	16,37
		15	5,64	3,214	,878	-6,42	17,70
		16	6,38	3,241	,794	-5,78	18,55
		17	3,93	3,418	,988	-8,90	16,76
TAS 20-Escala DIS	11	12	4,01	1,081	,056	-,05	8,07
		13	3,27	1,072	,233	-,76	7,29
		14	3,57	1,073	,136	-,46	7,60
		15	4,09(*)	1,071	,043	,06	8,11
		16	4,39(*)	1,098	,026	,27	8,51
		17	3,67	1,260	,292	-1,06	8,40
		18	1,73	2,101	,999	-6,16	9,61
	12	11	-4,01	1,081	,056	-8,07	,05
		13	-,74	,335	,666	-2,00	,51
		14	-,44	,340	,976	-1,71	,84
		15	,07	,333	1,000	-1,18	1,32
		16	,37	,411	,997	-1,17	1,92
		17	-,34	,743	1,000	-3,13	2,45
		18	-2,28	1,837	,981	-9,18	4,61
	13	11	-3,27	1,072	,233	-7,29	,76
		12	,74	,335	,666	-,51	2,00
		14	,31	,308	,995	-,85	1,46
		15	,82	,300	,385	-,31	1,95
		16	1,12	,385	,294	-,32	2,56
		17	,40	,729	1,000	-2,33	3,14
		18	-1,54	1,832	,998	-8,41	5,34
	14	11	-3,57	1,073	,136	-7,60	,46
		12	,44	,340	,976	-,84	1,71
		13	-,31	,308	,995	-1,46	,85
		15	,51	,306	,902	-,64	1,66
		16	,81	,389	,737	-,65	2,27
		17	,10	,731	1,000	-2,64	2,84
		18	-1,85	1,833	,995	-8,72	5,03
	15	11	-4,09(*)	1,071	,043	-8,11	-,06
		12	-,07	,333	1,000	-1,32	1,18
		13	-,82	,300	,385	-1,95	,31
		14	-,51	,306	,902	-1,66	,64
		16	,30	,383	,999	-1,14	1,74
		17	-,41	,728	1,000	-3,15	2,32
		18	-2,36	1,831	,976	-9,23	4,52
	16	11	-4,39(*)	1,098	,026	-8,51	-,27
		12	-,37	,411	,997	-1,92	1,17
		13	-1,12	,385	,294	-2,56	,32
		14	-,81	,389	,737	-2,27	,65
		15	-,30	,383	,999	-1,74	1,14

		17							
		18							
	17	11							
		12							
		13							
		14							
		15							
		16							
		18							
	18	11							
		12							
		13							
		14							
		15							
		16							
		17							
TAS 20-Escala	11	12							
DDS		13							
		14							
		15							
		16							
		17							
		18							
	12	11							
		13							
		14							
		15							
		16							
		17							
		18							
	13	11							
		12							
		14							
		15							
		16							
		17							
		18							
	14	11							
		12							
		13							
		15							
		16							
		17							
		18							
	15	11							
		12							
		13							
		14							
		16							
		17							
		18							
	16	11							

		12	-,71	,288	,524	-1,79	,37
		13	-,96	,269	,081	-1,97	,05
		14	-,56	,272	,755	-1,58	,46
		15	-,33	,268	,980	-1,34	,67
		17	-,63	,537	,986	-2,64	1,39
		18	-1,43	1,293	,990	-6,29	3,42
	17	11	-1,68	,883	,821	-4,99	1,63
		12	-,08	,520	1,000	-2,04	1,87
		13	-,33	,510	1,000	-2,24	1,59
		14	,07	,512	1,000	-1,85	1,99
		15	,29	,510	1,000	-1,62	2,21
		16	,63	,537	,986	-1,39	2,64
		18	-,80	1,364	1,000	-5,92	4,32
	18	11	-,88	1,471	1,000	-6,40	4,64
		12	,72	1,287	1,000	-4,11	5,55
		13	,47	1,283	1,000	-4,34	5,29
		14	,87	1,283	1,000	-3,94	5,69
		15	1,10	1,282	,998	-3,72	5,91
		16	1,43	1,293	,990	-3,42	6,29
		17	,80	1,364	1,000	-4,32	5,92
TAS 20- Escala PE	11	12	,41	,855	1,000	-2,79	3,62
		13	,70	,847	,999	-2,48	3,88
		14	1,85	,849	,687	-1,33	5,04
		15	2,33	,847	,370	-,84	5,51
		16	2,60	,868	,257	-,66	5,85
		17	1,63	,996	,912	-2,11	5,37
		18	,30	1,661	1,000	-5,93	6,54
	12	11	-,41	,855	1,000	-3,62	2,79
		13	,28	,265	,992	-,71	1,28
		14	1,44(*)	,269	,000	,43	2,45
		15	1,92(*)	,263	,000	,93	2,91
		16	2,18(*)	,325	,000	,96	3,40
		17	1,22	,587	,744	-,98	3,42
		18	-,11	1,452	1,000	-5,56	5,34
	13	11	-,70	,847	,999	-3,88	2,48
		12	-,28	,265	,992	-1,28	,71
		14	1,16(*)	,243	,002	,24	2,07
		15	1,64(*)	,237	,000	,75	2,53
		16	1,90(*)	,304	,000	,76	3,04
		17	,94	,576	,916	-1,23	3,10
		18	-,39	1,448	1,000	-5,83	5,04
	14	11	-1,85	,849	,687	-5,04	1,33
		12	-1,44(*)	,269	,000	-2,45	-,43
		13	-1,16(*)	,243	,002	-2,07	-,24
		15	,48	,242	,788	-,43	1,39
		16	,74	,308	,560	-,41	1,90
		17	-,22	,578	1,000	-2,39	1,95
		18	-1,55	1,449	,992	-6,99	3,89
	15	11	-2,33	,847	,370	-5,51	,84
		12	-1,92(*)	,263	,000	-2,91	-,93
		13	-1,64(*)	,237	,000	-2,53	-,75
		14	-,48	,242	,788	-1,39	,43

		16	,26	,303	,998	-,87	1,40
		17	-,70	,575	,983	-2,86	1,46
		18	-2,03	1,448	,962	-7,46	3,40
	16	11	-2,60	,868	,257	-5,85	,66
		12	-2,18(*)	,325	,000	-3,40	-,96
		13	-1,90(*)	,304	,000	-3,04	-,76
		14	-,74	,308	,560	-1,90	,41
		15	-,26	,303	,998	-1,40	,87
		17	-,96	,606	,925	-3,24	1,31
		18	-2,29	1,460	,929	-7,77	3,19
	17	11	-1,63	,996	,912	-5,37	2,11
		12	-1,22	,587	,744	-3,42	,98
		13	-,94	,576	,916	-3,10	1,23
		14	,22	,578	1,000	-1,95	2,39
		15	,70	,575	,983	-1,46	2,86
		16	,96	,606	,925	-1,31	3,24
		18	-1,33	1,540	,998	-7,11	4,45
	18	11	-,30	1,661	1,000	-6,54	5,93
		12	,11	1,452	1,000	-5,34	5,56
		13	,39	1,448	1,000	-5,04	5,83
		14	1,55	1,449	,992	-3,89	6,99
		15	2,03	1,448	,962	-3,40	7,46
		16	2,29	1,460	,929	-3,19	7,77
		17	1,33	1,540	,998	-4,45	7,11
	11	12	,03	,289	1,000	-1,05	1,12
		13	-,10	,287	1,000	-1,18	,98
		14	-,13	,287	1,000	-1,21	,94
		15	-,31	,287	,991	-1,39	,77
		16	-,22	,294	,999	-1,32	,88
		17	-,55	,337	,916	-1,81	,72
		18	-2,12(*)	,562	,047	-4,23	-,01
	12	11	-,03	,289	1,000	-1,12	1,05
		13	-,13	,089	,947	-,47	,20
		14	-,17	,091	,845	-,51	,17
		15	-,34(*)	,089	,037	-,68	-,01
		16	-,25	,110	,625	-,66	,16
		17	-,58	,199	,287	-1,33	,17
		18	-2,15(*)	,492	,008	-4,00	-,31
	13	11	,10	,287	1,000	-,98	1,18
		12	,13	,089	,947	-,20	,47
		14	-,03	,082	1,000	-,34	,27
		15	-,21	,080	,438	-,51	,09
		16	-,12	,103	,987	-,51	,27
		17	-,45	,195	,626	-1,18	,28
		18	-2,02(*)	,490	,018	-3,86	-,18
	14	11	,13	,287	1,000	-,94	1,21
		12	,17	,091	,845	-,17	,51
		13	,03	,082	1,000	-,27	,34
		15	-,18	,082	,704	-,48	,13
		16	-,08	,104	,999	-,48	,31
		17	-,41	,196	,726	-1,15	,32
		18	-1,99(*)	,490	,022	-3,83	-,15

GHQ-28-Escala  
A:PS

GHQ-28-Escala B:DS	15	11	,31	,287	,991	-,77	1,39	
		12	,34(*)	,089	,037	,01	,68	
		13	,21	,080	,438	-,09	,51	
		14	,18	,082	,704	-,13	,48	
		16	,09	,102	,997	-,29	,48	
		17	-,24	,195	,983	-,97	,49	
		18	-1,81	,490	,058	-3,65	,03	
		16	11	,22	,294	,999	-,88	1,32
	12		,25	,110	,625	-,16	,66	
	13		,12	,103	,987	-,27	,51	
	14		,08	,104	,999	-,31	,48	
	15		-,09	,102	,997	-,48	,29	
	17		-,33	,205	,922	-1,10	,44	
	18		-1,90(*)	,494	,039	-3,76	-,05	
	17		11	,55	,337	,916	-,72	1,81
		12	,58	,199	,287	-,17	1,33	
		13	,45	,195	,626	-,28	1,18	
		14	,41	,196	,726	-,32	1,15	
		15	,24	,195	,983	-,49	,97	
		16	,33	,205	,922	-,44	1,10	
		18	-1,57	,521	,246	-3,53	,38	
		18	11	2,12(*)	,562	,047	,01	4,23
	12		2,15(*)	,492	,008	,31	4,00	
	13		2,02(*)	,490	,018	,18	3,86	
	14		1,99(*)	,490	,022	,15	3,83	
	15		1,81	,490	,058	-,03	3,65	
	16		1,90(*)	,494	,039	,05	3,76	
	17		1,57	,521	,246	-,38	3,53	
	11		12	,35	,455	,999	-1,36	2,06
		13	-,05	,451	1,000	-1,74	1,65	
		14	-,26	,452	1,000	-1,96	1,43	
		15	-,35	,451	,999	-2,04	1,34	
		16	-,61	,462	,973	-2,34	1,13	
		17	-,53	,531	,995	-2,52	1,46	
		18	-1,94	,885	,684	-5,26	1,38	
		12	11	-,35	,455	,999	-2,06	1,36
			13	-,39	,141	,348	-,92	,13
			14	-,61(*)	,143	,011	-1,15	-,07
	15		-,70(*)	,140	,001	-1,22	-,17	
	16		-,96(*)	,173	,000	-1,61	-,31	
17	-,88		,313	,343	-2,05	,30		
18	-2,29		,774	,272	-5,19	,62		
13	11		,05	,451	1,000	-1,65	1,74	
	12	,39	,141	,348	-,13	,92		
	14	-,22	,130	,903	-,70	,27		
	15	-,30	,126	,566	-,78	,17		
	16	-,56	,162	,098	-1,17	,04		
	17	-,48	,307	,928	-1,64	,67		
	18	-1,89	,771	,537	-4,79	1,00		
	14	11	,26	,452	1,000	-1,43	1,96	
12		,61(*)	,143	,011	,07	1,15		
13		,22	,130	,903	-,27	,70		



		18	-1,11	,627	,875	-3,46	1,25
	14	11	,44	,367	,984	-,94	1,82
		12	,39	,116	,124	-,04	,83
		13	,09	,105	,998	-,30	,49
		15	-,16	,105	,932	-,56	,23
		16	-,27	,133	,784	-,76	,23
		17	-,44	,250	,881	-1,38	,50
		18	-1,01	,627	,918	-3,37	1,34
	15	11	,60	,367	,910	-,77	1,98
		12	,56(*)	,114	,001	,13	,98
		13	,26	,103	,520	-,13	,64
		14	,16	,105	,932	-,23	,56
		16	-,10	,131	,999	-,59	,39
		17	-,27	,249	,991	-1,21	,66
		18	-,85	,627	,968	-3,20	1,50
	16	11	,71	,376	,832	-,70	2,12
		12	,66(*)	,140	,003	,13	1,18
		13	,36	,132	,394	-,14	,85
		14	,27	,133	,784	-,23	,76
		15	,10	,131	,999	-,39	,59
		17	-,17	,262	1,000	-1,16	,81
		18	-,75	,632	,985	-3,12	1,62
	17	11	,88	,431	,763	-,74	2,50
		12	,83	,254	,156	-,13	1,78
		13	,53	,249	,722	-,41	1,46
		14	,44	,250	,881	-,50	1,38
		15	,27	,249	,991	-,66	1,21
		16	,17	,262	1,000	-,81	1,16
		18	-,58	,667	,998	-3,08	1,92
	18	11	1,45	,719	,769	-1,24	4,15
		12	1,41	,629	,660	-,95	3,77
		13	1,11	,627	,875	-1,25	3,46
		14	1,01	,627	,918	-1,34	3,37
		15	,85	,627	,968	-1,50	3,20
		16	,75	,632	,985	-1,62	3,12
		17	,58	,667	,998	-1,92	3,08
GHQ-28-Escala D:DS	11	12	,09	,281	1,000	-,96	1,15
		13	-,07	,278	1,000	-1,12	,97
		14	-,13	,279	1,000	-1,18	,92
		15	-,11	,278	1,000	-1,16	,93
		16	-,21	,285	,999	-1,28	,86
		17	-,43	,327	,973	-1,66	,80
		18	-,36	,546	1,000	-2,41	1,68
	12	11	-,09	,281	1,000	-1,15	,96
		13	-,16	,087	,828	-,49	,16
		14	-,22	,088	,496	-,55	,11
		15	-,20	,086	,593	-,53	,12
		16	-,30	,107	,348	-,70	,10
		17	-,52	,193	,396	-1,25	,20
		18	-,46	,477	,996	-2,25	1,34
	13	11	,07	,278	1,000	-,97	1,12
		12	,16	,087	,828	-,16	,49

		14	-,06	,080	,999	-,36	,24
		15	-,04	,078	1,000	-,33	,25
		16	-,13	,100	,970	-,51	,24
		17	-,36	,189	,827	-1,07	,35
		18	-,29	,476	1,000	-2,08	1,49
	14	11	,13	,279	1,000	-,92	1,18
		12	,22	,088	,496	-,11	,55
		13	,06	,080	,999	-,24	,36
		15	,02	,079	1,000	-,28	,32
		16	-,08	,101	,999	-,45	,30
		17	-,30	,190	,928	-1,01	,41
		18	-,23	,476	1,000	-2,02	1,55
	15	11	,11	,278	1,000	-,93	1,16
		12	,20	,086	,593	-,12	,53
		13	,04	,078	1,000	-,25	,33
		14	-,02	,079	1,000	-,32	,28
		16	-,09	,099	,996	-,47	,28
		17	-,32	,189	,899	-1,03	,39
		18	-,25	,476	1,000	-2,04	1,53
	16	11	,21	,285	,999	-,86	1,28
		12	,30	,107	,348	-,10	,70
		13	,13	,100	,970	-,24	,51
		14	,08	,101	,999	-,30	,45
		15	,09	,099	,996	-,28	,47
		17	-,22	,199	,989	-,97	,52
		18	-,16	,480	1,000	-1,96	1,64
	17	11	,43	,327	,973	-,80	1,66
		12	,52	,193	,396	-,20	1,25
		13	,36	,189	,827	-,35	1,07
		14	,30	,190	,928	-,41	1,01
		15	,32	,189	,899	-,39	1,03
		16	,22	,199	,989	-,52	,97
		18	,07	,506	1,000	-1,83	1,97
	18	11	,36	,546	1,000	-1,68	2,41
		12	,46	,477	,996	-1,34	2,25
		13	,29	,476	1,000	-1,49	2,08
		14	,23	,476	1,000	-1,55	2,02
		15	,25	,476	1,000	-1,53	2,04
		16	,16	,480	1,000	-1,64	1,96
		17	-,07	,506	1,000	-1,97	1,83
EAT: Puntuación total	11	12	1,95	1,766	,991	-4,68	8,57
		13	2,04	1,751	,987	-4,53	8,61
		14	2,52	1,753	,956	-4,06	9,10
		15	3,39	1,749	,808	-3,18	9,95
		16	3,97	1,793	,671	-2,76	10,70
		17	2,96	2,058	,956	-4,77	10,68
		18	2,58	3,430	,999	-10,30	15,45
	12	11	-1,95	1,766	,991	-8,57	4,68
		13	,09	,547	1,000	-1,96	2,14
		14	,58	,555	,993	-1,51	2,66
		15	1,44	,543	,426	-,60	3,48
		16	2,03	,670	,244	-,49	4,54

	17	1,01	1,213	,998	-3,54	5,56
	18	,63	3,000	1,000	-10,63	11,89
13	11	-2,04	1,751	,987	-8,61	4,53
	12	-,09	,547	1,000	-2,14	1,96
	14	,49	,504	,996	-1,41	2,38
	15	1,35	,491	,376	-,50	3,19
	16	1,93	,629	,222	-,43	4,30
	17	,92	1,190	,999	-3,55	5,39
	18	,54	2,991	1,000	-10,69	11,76
14	11	-2,52	1,753	,956	-9,10	4,06
	12	-,58	,555	,993	-2,66	1,51
	13	-,49	,504	,996	-2,38	1,41
	15	,86	,500	,886	-1,01	2,74
	16	1,45	,636	,635	-,94	3,84
	17	,43	1,194	1,000	-4,05	4,91
	18	,05	2,993	1,000	-11,18	11,28
15	11	-3,39	1,749	,808	-9,95	3,18
	12	-1,44	,543	,426	-3,48	,60
	13	-1,35	,491	,376	-3,19	,50
	14	-,86	,500	,886	-2,74	1,01
	16	,59	,625	,997	-1,76	2,93
	17	-,43	1,188	1,000	-4,89	4,03
	18	-,81	2,990	1,000	-12,03	10,41
16	11	-3,97	1,793	,671	-10,70	2,76
	12	-2,03	,670	,244	-4,54	,49
	13	-1,93	,629	,222	-4,30	,43
	14	-1,45	,636	,635	-3,84	,94
	15	-,59	,625	,997	-2,93	1,76
	17	-1,02	1,252	,999	-5,71	3,68
	18	-1,40	3,016	1,000	-12,72	9,92
17	11	-2,96	2,058	,956	-10,68	4,77
	12	-1,01	1,213	,998	-5,56	3,54
	13	-,92	1,190	,999	-5,39	3,55
	14	-,43	1,194	1,000	-4,91	4,05
	15	,43	1,188	1,000	-4,03	4,89
	16	1,02	1,252	,999	-3,68	5,71
	18	-,38	3,181	1,000	-12,32	11,56
18	11	-2,58	3,430	,999	-15,45	10,30
	12	-,63	3,000	1,000	-11,89	10,63
	13	-,54	2,991	1,000	-11,76	10,69
	14	-,05	2,993	1,000	-11,28	11,18
	15	,81	2,990	1,000	-10,41	12,03
	16	1,40	3,016	1,000	-9,92	12,72
	17	,38	3,181	1,000	-11,56	12,32

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05. (PÁGS. Anteriores)

**Subconjuntos homogéneos****Tabla 29: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
16	356	48,25	
15	820	49,00	
14	741	50,34	50,34
17	75	50,71	50,71
12	548	51,49	51,49
13	796	52,17	52,17
18	11	54,64	54,64
11	33		57,52
Sig.		,180	,076

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,942.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 30: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
16	356	15,43	
15	820	15,73	15,73
12	548	15,81	15,81
17	75	16,15	16,15
14	741	16,25	16,25
13	796	16,55	16,55
18	11	18,09	18,09
11	33		19,82
Sig.		,608	,077

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,942.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 31: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
16	356	12,48
15	820	12,81
14	741	13,04
17	75	13,11
12	548	13,19
13	796	13,44
18	11	13,91
11	33	14,79
Sig.		,302

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,942.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 32: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
16	356	20,34
15	820	20,61
14	741	21,09
17	75	21,31
13	796	22,24
12	548	22,53
18	11	22,64
11	33	22,94
Sig.		,308

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,942.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 33: GHQ-28-Escala A: PS**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
12	551	,85	
11	33	,88	
13	797	,98	
14	740	1,01	
16	356	1,10	
15	822	1,19	
17	75	1,43	
18	11		3,00
Sig.		,822	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,947.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados

**Tabla 34: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
12	551	1,35	
11	33	1,70	
13	796	1,74	
14	740	1,96	1,96
15	822	2,05	2,05
17	75	2,23	2,23
16	356	2,31	2,31
18	11		3,64
Sig.		,783	,095

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,947.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 35: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
11	33	,91
12	550	,96
13	794	1,26
14	740	1,35
15	822	1,51
16	356	1,62
17	75	1,79
18	11	2,36
Sig.		,054

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,944.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 36: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
12	551	,54
11	33	,64
13	796	,71
15	821	,75
14	739	,77
16	356	,84
18	11	1,00
17	75	1,07
Sig.		,875

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,945.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 37: EAT: Puntuación total**

Scheffé

Edad de los sujetos	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
16	356	11,88
15	821	12,46
17	75	12,89
18	11	13,27
14	739	13,33
13	789	13,81
12	550	13,90
11	33	15,85
Sig.		,715

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 55,940.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## Prueba T

## SEXO DE LOS SUJETOS

Tabla 38: Estadísticos de grupo

	Sexo de los sujetos	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TAS 20-Escala PT	Varón	1830	50,80	10,451	,244
	Hembra	1550	50,16	10,962	,278
TAS 20-Escala DIS	Varón	1830	15,39	5,902	,138
	Hembra	1550	16,88	6,128	,156
TAS 20-Escala DDS	Varón	1830	12,97	4,210	,098
	Hembra	1550	13,17	4,262	,108
TAS 20- Escala PE	Varón	1830	22,51	4,635	,108
	Hembra	1550	20,14	4,755	,121
GHQ-28-Escala A:PS	Varón	1831	,89	1,449	,034
	Hembra	1554	1,23	1,787	,045
GHQ-28-Escala B:DS	Varón	1830	1,55	2,268	,053
	Hembra	1554	2,25	2,813	,071
GHQ-28-Escala C:AI	Varón	1830	1,05	1,597	,037
	Hembra	1551	1,68	2,481	,063
GHQ-28-Escala D:DS	Varón	1829	,61	1,420	,033
	Hembra	1553	,86	1,719	,044
EAT: Puntuación total	Varón	1824	12,20	8,408	,197
	Hembra	1550	14,35	11,244	,286

Tabla 39: Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
TAS 20-Escala PT	Se han asumido varianzas iguales	2,271	,132	1,745	3378	,081	,64	,369	-,079	1,367
	No se han asumido varianzas iguales			1,738	3230,625	,082	,64	,370	-,082	1,370
TAS 20-Escala DIS	Se han asumido varianzas iguales	3,283	,070	-7,204	3378	,000	-1,49	,207	-1,900	-1,087
	No se han asumido varianzas iguales			-7,182	3243,429	,000	-1,49	,208	-1,902	-1,086

TAS 20- Escala DDS	Se han asumido varianzas iguales	,285	,594	-1,398	3378	,162	-,20	,146	-,491	,082
	No se han asumido varianzas iguales			-1,396	3273,748	,163	-,20	,146	-,491	,083
TAS 20- Escala PE	Se han asumido varianzas iguales	,371	,543	14,65 2	3378	,000	2,37	,162	2,055	2,690
	No se han asumido varianzas iguales			14,62 1	3258,300	,000	2,37	,162	2,054	2,691
GHQ- 28- Escala A:PS	Se han asumido varianzas iguales	81,213	,000	-6,213	3383	,000	-,35	,056	-,455	-,237
	No se han asumido varianzas iguales			-6,109	2982,079	,000	-,35	,057	-,457	-,235
GHQ- 28- Escala B:DS	Se han asumido varianzas iguales	98,397	,000	-7,991	3382	,000	-,70	,087	-,870	-,527
	No se han asumido varianzas iguales			-7,854	2972,126	,000	-,70	,089	-,873	-,524
GHQ- 28- Escala C:AI	Se han asumido varianzas iguales	128,99 6	,000	-8,972	3379	,000	-,63	,071	-,774	-,496
	No se han asumido varianzas iguales			-8,670	2562,163	,000	-,63	,073	-,779	-,491
GHQ- 28- Escala D:DS	Se han asumido varianzas iguales	46,854	,000	-4,517	3380	,000	-,24	,054	-,350	-,138
	No se han asumido varianzas iguales			-4,448	3012,853	,000	-,24	,055	-,351	-,136
EAT: Puntuación total	Se han asumido varianzas iguales	103,60 7	,000	-6,354	3372	,000	-2,15	,339	-2,819	-1,489
	No se han asumido varianzas iguales			-6,210	2828,225	,000	-2,15	,347	-2,834	-1,474

## ANOVA de un factor

## PROVINCIA DE NACIMIENTO

Tabla 40: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20- Escala PT	La Coruña	848	49,50	10,749	,369	48,78	50,23	21	92
	Lugo	921	51,09	10,485	,346	50,41	51,76	24	85
	Orense	770	49,91	10,579	,381	49,16	50,66	15	84
	Pontevedra	750	51,49	10,878	,397	50,71	52,27	5	93
	Otras	91	50,85	10,741	1,126	48,61	53,08	30	73
	Total	3380	50,50	10,692	,184	50,14	50,86	5	93
TAS 20- Escala DIS	La Coruña	848	15,17	5,942	,204	14,77	15,57	7	35
	Lugo	921	16,55	6,190	,204	16,15	16,95	3	40
	Orense	770	16,23	6,036	,218	15,80	16,65	2	35
	Pontevedra	750	16,30	5,855	,214	15,88	16,72	2	38
	Otras	91	16,51	6,604	,692	15,13	17,88	7	34
	Total	3380	16,08	6,052	,104	15,87	16,28	2	40
TAS 20- Escala DDS	La Coruña	848	12,59	4,222	,145	12,30	12,87	4	25
	Lugo	921	13,11	4,193	,138	12,84	13,38	5	25
	Orense	770	13,20	4,210	,152	12,90	13,50	5	25
	Pontevedra	750	13,42	4,242	,155	13,11	13,72	5	26
	Otras	91	12,99	4,591	,481	12,03	13,95	5	25
	Total	3380	13,06	4,234	,073	12,92	13,21	4	26
TAS 20- Escala PE	La Coruña	848	21,77	4,759	,163	21,45	22,09	8	36
	Lugo	921	21,47	4,721	,156	21,17	21,78	8	41
	Orense	770	20,54	4,814	,173	20,20	20,88	8	39
	Pontevedra	750	21,90	4,896	,179	21,55	22,25	8	44
	Otras	91	21,27	5,477	,574	20,13	22,42	8	38
	Total	3380	21,43	4,837	,083	21,26	21,59	8	44
GHQ-28- Escala A:PS	La Coruña	851	1,06	1,645	,056	,95	1,17	0	9
	Lugo	922	1,12	1,629	,054	1,01	1,22	0	7
	Orense	769	,80	1,391	,050	,70	,90	0	7
	Pontevedra	752	1,17	1,765	,064	1,04	1,30	0	20
	Otras	91	1,24	1,734	,182	,88	1,60	0	7
	Total	3385	1,04	1,622	,028	,99	1,10	0	20
GHQ-28- Escala B:DS	La Coruña	851	1,62	2,369	,081	1,46	1,78	0	13
	Lugo	922	2,05	2,608	,086	1,88	2,22	0	13
	Orense	769	1,77	2,443	,088	1,59	1,94	0	13
	Pontevedra	751	1,99	2,712	,099	1,80	2,19	0	13
	Otras	91	2,38	3,061	,321	1,75	3,02	0	12
	Total	3384	1,88	2,556	,044	1,79	1,96	0	13
GHQ-28-	La Coruña	850	1,16	1,749	,060	1,04	1,27	0	9

Escala C:AI	Lugo	922	1,57	2,643	,087	1,40	1,74	0	57
	Orense	768	1,21	1,785	,064	1,08	1,33	0	7
	Pontevedra	750	1,38	1,865	,068	1,24	1,51	0	7
	Otras	91	1,59	2,033	,213	1,17	2,02	0	7
	Total	3381	1,34	2,075	,036	1,27	1,41	0	57
GHQ-28- Escala D:DS	La Coruña	851	,51	1,318	,045	,43	,60	0	9
	Lugo	922	,93	1,774	,058	,82	1,05	0	7
	Orense	768	,63	1,441	,052	,53	,73	0	7
	Pontevedra	750	,79	1,624	,059	,67	,90	0	7
	Otras	91	,91	1,787	,187	,54	1,28	0	7
Total	3382	,73	1,569	,027	,67	,78	0	9	
EAT: Puntuación total	La Coruña	850	12,56	10,121	,347	11,88	13,24	0	**
	Lugo	918	13,99	10,461	,345	13,31	14,67	0	**
	Orense	766	13,36	9,785	,354	12,67	14,06	0	78
	Pontevedra	749	12,50	8,466	,309	11,89	13,11	0	66
	Otras	91	15,05	11,933	1,251	12,57	17,54	1	56
Total	3374	13,19	9,870	,170	12,85	13,52	0	**	

**Tabla 41: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	,537	4	3375	,709
TAS 20-Escala DIS	1,119	4	3375	,345
TAS 20-Escala DDS	,498	4	3375	,737
TAS 20- Escala PE	1,773	4	3375	,131
GHQ-28-Escala A:PS	6,791	4	3380	,000
GHQ-28-Escala B:DS	6,261	4	3379	,000
GHQ-28-Escala C:AI	6,638	4	3376	,000
GHQ-28-Escala D:DS	20,412	4	3377	,000
EAT: Puntuación total	5,056	4	3369	,000

Tabla 42: ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	2173,004	4	543,251	4,774	,001
	Intra-grupos	384085,938	3375	113,803		
	Total	386258,942	3379			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	971,223	4	242,806	6,675	,000
	Intra-grupos	122771,689	3375	36,377		
	Total	123742,912	3379			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	303,658	4	75,915	4,250	,002
	Intra-grupos	60281,666	3375	17,861		
	Total	60585,324	3379			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	886,092	4	221,523	9,565	,000
	Intra-grupos	78161,970	3375	23,159		
	Total	79048,062	3379			
GHQ-28- Escala A:PS	Inter-grupos	66,575	4	16,644	6,365	,000
	Intra-grupos	8837,866	3380	2,615		
	Total	8904,441	3384			
GHQ-28- Escala B:DS	Inter-grupos	126,689	4	31,672	4,869	,001
	Intra-grupos	21980,686	3379	6,505		
	Total	22107,375	3383			
GHQ-28- Escala C:AI	Inter-grupos	96,825	4	24,206	5,655	,000
	Intra-grupos	14450,975	3376	4,281		
	Total	14547,800	3380			
GHQ-28- Escala D:DS	Inter-grupos	89,993	4	22,498	9,232	,000
	Intra-grupos	8230,014	3377	2,437		
	Total	8320,006	3381			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	1622,816	4	405,704	4,180	,002
	Intra-grupos	326980,409	3369	97,056		
	Total	328603,225	3373			

## Pruebas post hoc

Tabla 43: Comparaciones múltiples

Variable dependiente	Scheffé		Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
	(I) Provincia de nacimiento	(J) Provincia de nacimiento				Límite inferior	Límite superior	
TAS 20-Escala PT	La Coruña	Lugo	-1,58(*)	,508	,046	-3,15	-,02	
		Orense	-,41	,531	,965	-2,04	1,23	
		Pontevedra	-1,99(*)	,535	,008	-3,63	-,34	
		Otras	-1,34	1,177	,861	-4,97	2,28	
	Lugo	La Coruña	1,58(*)	,508	,046	,02	3,15	
		Orense	1,18	,521	,276	-,43	2,78	
		Pontevedra	-,40	,525	,964	-2,02	1,21	
		Otras	,24	1,172	1,000	-3,37	3,85	
	Orense	La Coruña	,41	,531	,965	-1,23	2,04	
		Lugo	-1,18	,521	,276	-2,78	,43	
		Pontevedra	-1,58	,547	,080	-3,27	,11	
		Otras	-,94	1,183	,960	-4,58	2,71	
	Pontevedra	La Coruña	1,99(*)	,535	,008	,34	3,63	
		Lugo	,40	,525	,964	-1,21	2,02	
		Orense	1,58	,547	,080	-,11	3,27	
		Otras	,64	1,184	,990	-3,01	4,29	
	Otras	La Coruña	1,34	1,177	,861	-2,28	4,97	
		Lugo	-,24	1,172	1,000	-3,85	3,37	
		Orense	,94	1,183	,960	-2,71	4,58	
		Pontevedra	-,64	1,184	,990	-4,29	3,01	
	TAS 20-Escala DIS	La Coruña	Lugo	-1,38(*)	,287	,000	-2,26	-,49
			Orense	-1,05(*)	,300	,015	-1,98	-,13
			Pontevedra	-1,13(*)	,302	,008	-2,06	-,20
			Otras	-1,33	,665	,405	-3,38	,72
Lugo		La Coruña	1,38(*)	,287	,000	,49	2,26	
		Orense	,32	,295	,877	-,58	1,23	
		Pontevedra	,25	,297	,952	-,67	1,16	
		Otras	,04	,663	1,000	-2,00	2,09	
Orense		La Coruña	1,05(*)	,300	,015	,13	1,98	
		Lugo	-,32	,295	,877	-1,23	,58	
		Pontevedra	-,08	,309	1,000	-1,03	,88	
		Otras	-,28	,669	,996	-2,34	1,78	
Pontevedra		La Coruña	1,13(*)	,302	,008	,20	2,06	
		Lugo	-,25	,297	,952	-1,16	,67	
		Orense	,08	,309	1,000	-,88	1,03	
		Otras	-,20	,670	,999	-2,27	1,86	
Otras		La Coruña	1,33	,665	,405	-,72	3,38	
		Lugo	-,04	,663	1,000	-2,09	2,00	
		Orense	,28	,669	,996	-1,78	2,34	
		Pontevedra	,20	,670	,999	-1,86	2,27	
TAS 20-Escala DDS		La Coruña	Lugo	-,52	,201	,152	-1,14	,10
			Orense	-,62	,210	,073	-1,26	,03
			Pontevedra	-,83(*)	,212	,004	-1,48	-,18
			Otras	-,40	,466	,945	-1,84	1,03
	Lugo	La Coruña	,52	,201	,152	-,10	1,14	
		Orense	-,10	,206	,995	-,73	,54	
		Pontevedra	-,31	,208	,699	-,95	,33	

		Otras	,12	,464	,999	-1,31	1,55
	Orense	La Coruña	,62	,210	,073	-,03	1,26
		Lugo	,10	,206	,995	-,54	,73
		Pontevedra	-,21	,217	,914	-,88	,45
		Otras	,21	,468	,995	-1,23	1,66
	Pontevedra	La Coruña	,83(*)	,212	,004	,18	1,48
		Lugo	,31	,208	,699	-,33	,95
		Orense	,21	,217	,914	-,45	,88
		Otras	,43	,469	,935	-1,02	1,87
	Otras	La Coruña	,40	,466	,945	-1,03	1,84
		Lugo	-,12	,464	,999	-1,55	1,31
		Orense	-,21	,468	,995	-1,66	1,23
		Pontevedra	-,43	,469	,935	-1,87	1,02
TAS 20- Escala PE	La Coruña	Lugo	,30	,229	,795	-,41	1,00
		Orense	1,23(*)	,240	,000	,50	1,97
		Pontevedra	-,13	,241	,990	-,88	,61
		Otras	,50	,531	,928	-1,14	2,13
	Lugo	La Coruña	-,30	,229	,795	-1,00	,41
		Orense	,94(*)	,235	,003	,21	1,66
		Pontevedra	-,43	,237	,510	-1,16	,30
		Otras	,20	,529	,998	-1,43	1,83
	Orense	La Coruña	-1,23(*)	,240	,000	-1,97	-,50
		Lugo	-,94(*)	,235	,003	-1,66	-,21
		Pontevedra	-1,37(*)	,247	,000	-2,13	-,61
		Otras	-,74	,533	,751	-2,38	,91
	Pontevedra	La Coruña	,13	,241	,990	-,61	,88
		Lugo	,43	,237	,510	-,30	1,16
		Orense	1,37(*)	,247	,000	,61	2,13
		Otras	,63	,534	,846	-1,02	2,28
	Otras	La Coruña	-,50	,531	,928	-2,13	1,14
		Lugo	-,20	,529	,998	-1,83	1,43
		Orense	,74	,533	,751	-,91	2,38
		Pontevedra	-,63	,534	,846	-2,28	1,02
GHQ-28- Escala A:PS	La Coruña	Lugo	-,06	,077	,963	-,30	,18
		Orense	,26(*)	,080	,036	,01	,51
		Pontevedra	-,11	,081	,748	-,36	,14
		Otras	-,19	,178	,897	-,73	,36
	Lugo	La Coruña	,06	,077	,963	-,18	,30
		Orense	,32(*)	,079	,003	,07	,56
		Pontevedra	-,05	,079	,979	-,30	,19
		Otras	-,13	,178	,973	-,67	,42
	Orense	La Coruña	-,26(*)	,080	,036	-,51	-,01
		Lugo	-,32(*)	,079	,003	-,56	-,07
		Pontevedra	-,37(*)	,083	,001	-,63	-,11
		Otras	-,44	,179	,191	-1,00	,11
	Pontevedra	La Coruña	,11	,081	,748	-,14	,36
		Lugo	,05	,079	,979	-,19	,30
		Orense	,37(*)	,083	,001	,11	,63
		Otras	-,07	,179	,997	-,63	,48
	Otras	La Coruña	,19	,178	,897	-,36	,73
		Lugo	,13	,178	,973	-,42	,67
		Orense	,44	,179	,191	-,11	1,00
		Pontevedra	,07	,179	,997	-,48	,63
GHQ-28-	La Coruña	Lugo	-,43(*)	,121	,014	-,80	-,06

Escala B:DS	Orense	Orense	-,14	,127	,866	-,53	,25	
		Pontevedra	-,37	,128	,078	-,76	,02	
		Otras	-,76	,281	,120	-1,63	,11	
	Lugo	La Coruña	,43(*)	,121	,014	,06	,80	
		Orense	,29	,125	,257	-,10	,67	
		Pontevedra	,06	,125	,994	-,33	,45	
	Orense	Otras	-,33	,280	,844	-1,20	,53	
		La Coruña	,14	,127	,866	-,25	,53	
		Lugo	-,29	,125	,257	-,67	,10	
	Pontevedra	Pontevedra	-,23	,131	,554	-,63	,18	
		Otras	-,62	,283	,310	-1,49	,25	
		La Coruña	,37	,128	,078	-,02	,76	
	Otras	Lugo	-,06	,125	,994	-,45	,33	
		Orense	,23	,131	,554	-,18	,63	
		Otras	-,39	,283	,752	-1,26	,48	
	GHQ-28- Escala C:AI	La Coruña	La Coruña	,76	,281	,120	-,11	1,63
			Lugo	,33	,280	,844	-,53	1,20
			Orense	,62	,283	,310	-,25	1,49
	Lugo	Pontevedra	,39	,283	,752	-,48	1,26	
		Orense	-,05	,103	,993	-,37	,27	
		Pontevedra	-,22	,104	,344	-,54	,10	
	Orense	Otras	-,44	,228	,453	-1,14	,27	
		La Coruña	,41(*)	,098	,002	,11	,72	
		Orense	,36(*)	,101	,013	,05	,67	
	Pontevedra	Pontevedra	,19	,102	,467	-,12	,51	
		Otras	-,03	,227	1,000	-,73	,68	
		La Coruña	,05	,103	,993	-,27	,37	
	Otras	Lugo	-,36(*)	,101	,013	-,67	-,05	
		Pontevedra	-,17	,106	,646	-,50	,16	
		Otras	-,39	,229	,589	-1,09	,32	
	GHQ-28- Escala D:DS	La Coruña	La Coruña	,22	,104	,344	-,10	,54
			Lugo	-,19	,102	,467	-,51	,12
			Orense	,17	,106	,646	-,16	,50
	Lugo	Otras	-,22	,230	,925	-,93	,49	
		La Coruña	,44	,228	,453	-,27	1,14	
Lugo		,03	,227	1,000	-,68	,73		
Orense	Orense	,39	,229	,589	-,32	1,09		
	Pontevedra	,22	,230	,925	-,49	,93		
	La Coruña	-,42(*)	,074	,000	-,65	-,19		
Pontevedra	Orense	-,12	,078	,679	-,36	,12		
	Pontevedra	-,27(*)	,078	,017	-,51	-,03		
	Otras	-,40	,172	,256	-,93	,13		
Lugo	La Coruña	,42(*)	,074	,000	,19	,65		
	Orense	,30(*)	,076	,004	,06	,53		
	Pontevedra	,15	,077	,460	-,09	,38		
Orense	Otras	,02	,172	1,000	-,51	,55		
	La Coruña	,12	,078	,679	-,12	,36		
	Lugo	-,30(*)	,076	,004	-,53	-,06		
Pontevedra	Pontevedra	-,15	,080	,450	-,40	,09		
	Otras	-,28	,173	,626	-,81	,25		
	La Coruña	,27(*)	,078	,017	,03	,51		
		Lugo	-,15	,077	,460	-,38	,09	

EAT: Puntuación total	Otras	Orense	,15	,080	,450	-,09	,40
		Otras	-,13	,173	,971	-,66	,41
	Lugo	La Coruña	,40	,172	,256	-,13	,93
		Lugo	-,02	,172	1,000	-,55	,51
	Pontevedra	Orense	,28	,173	,626	-,25	,81
		Pontevedra	,13	,173	,971	-,41	,66
	La Coruña	Lugo	-1,43	,469	,053	-2,88	,01
		Orense	-,80	,491	,612	-2,32	,71
	Otras	Pontevedra	,06	,494	1,000	-1,47	1,58
		Otras	-2,50	1,087	,260	-5,85	,85
	Lugo	La Coruña	1,43	,469	,053	-,01	2,88
		Orense	,63	,482	,790	-,86	2,12
	Pontevedra	Pontevedra	1,49	,485	,052	-,01	2,98
		Otras	-1,06	1,083	,915	-4,40	2,27
	Orense	La Coruña	,80	,491	,612	-,71	2,32
		Lugo	-,63	,482	,790	-2,12	,86
	Pontevedra	Pontevedra	,86	,506	,578	-,70	2,42
		Otras	-1,69	1,092	,662	-5,06	1,67
	Lugo	La Coruña	-,06	,494	1,000	-1,58	1,47
		Lugo	-1,49	,485	,052	-2,98	,01
	Orense	Orense	-,86	,506	,578	-2,42	,70
		Otras	-2,55	1,094	,245	-5,92	,82
	Otras	La Coruña	2,50	1,087	,260	-,85	5,85
		Lugo	1,06	1,083	,915	-2,27	4,40
Pontevedra	Orense	1,69	1,092	,662	-1,67	5,06	
	Pontevedra	2,55	1,094	,245	-,82	5,92	

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

### Subconjuntos homogéneos

Tabla 44: TAS 20-Escala PT

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
La Coruña	848	49,50
Orense	770	49,91
Otras	91	50,85
Lugo	921	51,09
Pontevedra	750	51,49
Sig.		,244

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,741.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 45: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
La Coruña	848	15,17
Orense	770	16,23
Pontevedra	750	16,30
Otras	91	16,51
Lugo	921	16,55
Sig.		,085

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,741.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 46: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
La Coruña	848	12,59
Otras	91	12,99
Lugo	921	13,11
Orense	770	13,20
Pontevedra	750	13,42
Sig.		,194

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,741.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 47: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Orense	770	20,54	
Otras	91	21,27	21,27
Lugo	921	21,47	21,47
La Coruña	848		21,77
Pontevedra	750		21,90
Sig.		,201	,611

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,741.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 48: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Orense	769	,80	
La Coruña	851	1,06	1,06
Lugo	922	1,12	1,12
Pontevedra	752	1,17	1,17
Otras	91		1,24
Sig.		,083	,723

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,884.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 49: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	851	1,62	
Orense	769	1,77	1,77
Pontevedra	751	1,99	1,99
Lugo	922	2,05	2,05
Otras	91		2,38
Sig.		,345	,055

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,849.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 50: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
La Coruña	850	1,16
Orense	768	1,21
Pontevedra	750	1,38
Lugo	922	1,57
Otras	91	1,59
Sig.		,135

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,753.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 51: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
La Coruña	851	,51	
Orense	768	,63	,63
Pontevedra	750	,79	,79
Otras	91		,91
Lugo	922		,93
Sig.		,311	,214

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,780.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 52: EAT: Puntuación total**

Scheffé

Provincia de nacimiento	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Pontevedra	749	12,50	
La Coruña	850	12,56	
Orense	766	13,36	13,36
Lugo	918	13,99	13,99
Otras	91		15,05
Sig.		,464	,326

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 314,556.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANOVA de un factor

## CURSOS

Tabla 53: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20- Escala PT	1	756	51,90	11,022	,401	51,12	52,69	21	92
	2	977	51,80	10,401	,333	51,15	52,45	5	81
	3	796	50,19	10,731	,380	49,44	50,94	20	85
	4	851	48,07	10,242	,351	47,38	48,76	15	93
	Total	3380	50,50	10,692	,184	50,14	50,86	5	93
TAS 20- Escala DIS	1	756	16,27	6,277	,228	15,82	16,72	7	38
	2	977	16,48	6,073	,194	16,10	16,87	2	35
	3	796	16,23	6,102	,216	15,80	16,65	2	34
	4	851	15,29	5,705	,196	14,91	15,68	7	40
	Total	3380	16,08	6,052	,104	15,87	16,28	2	40
TAS 20- Escala DDS	1	756	13,25	4,411	,160	12,94	13,56	4	26
	2	977	13,37	4,199	,134	13,11	13,64	5	25
	3	796	13,07	4,289	,152	12,77	13,37	5	25
	4	851	12,54	4,016	,138	12,27	12,81	5	25
	Total	3380	13,06	4,234	,073	12,92	13,21	4	26
TAS 20- Escala PE	1	756	22,40	4,780	,174	22,06	22,75	8	41
	2	977	22,04	4,744	,152	21,75	22,34	8	38
	3	796	20,92	4,785	,170	20,58	21,25	8	44
	4	851	20,32	4,765	,163	20,00	20,64	8	42
	Total	3380	21,43	4,837	,083	21,26	21,59	8	44
GHQ-28- Escala A:PS	1	756	,85	1,336	,049	,76	,95	0	7
	2	984	1,07	1,690	,054	,96	1,17	0	20
	3	794	1,13	1,637	,058	1,02	1,25	0	7
	4	851	1,10	1,744	,060	,99	1,22	0	7
	Total	3385	1,04	1,622	,028	,99	1,10	0	20
GHQ-28- Escala B:DS	1	756	1,39	2,160	,079	1,23	1,54	0	13
	2	983	1,81	2,479	,079	1,65	1,96	0	13
	3	794	2,21	2,764	,098	2,01	2,40	0	13
	4	851	2,08	2,697	,092	1,90	2,26	0	13
	Total	3384	1,88	2,556	,044	1,79	1,96	0	13
GHQ-28- Escala C:AI	1	754	,96	1,565	,057	,85	1,07	0	7
	2	982	1,29	1,788	,057	1,18	1,41	0	9
	3	794	1,51	1,939	,069	1,38	1,65	0	7
	4	851	1,57	2,745	,094	1,39	1,76	0	57
	Total	3381	1,34	2,075	,036	1,27	1,41	0	57

GHQ-28- Escala D:DS	1	756	,53	1,305	,047	,44	,63	0	7
	2	982	,85	1,684	,054	,74	,96	0	9
	3	794	,82	1,657	,059	,70	,93	0	7
	4	850	,67	1,543	,053	,57	,77	0	7
	Total	3382	,73	1,569	,027	,67	,78	0	9
EAT: Puntuación total	1	753	14,30	9,387	,342	13,63	14,97	0	69
	2	977	13,63	9,745	,312	13,02	14,25	0	**
	3	794	13,08	9,767	,347	12,40	13,76	0	67
	4	850	11,78	10,363	,355	11,08	12,47	0	**
	Total	3374	13,19	9,870	,170	12,85	13,52	0	**

**Tabla 54: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	1,797	3	3376	,145
TAS 20-Escala DIS	2,967	3	3376	,031
TAS 20-Escala DDS	2,813	3	3376	,038
TAS 20- Escala PE	,157	3	3376	,925
GHQ-28-Escala A:PS	14,366	3	3381	,000
GHQ-28-Escala B:DS	19,107	3	3380	,000
GHQ-28-Escala C:AI	21,562	3	3377	,000
GHQ-28-Escala D:DS	14,784	3	3378	,000
EAT: Puntuación total	,169	3	3370	,918

Tabla 55: ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	8247,703	3	2749,234	24,553	,000
	Intra-grupos	378011,239	3376	111,970		
	Total	386258,942	3379			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	730,896	3	243,632	6,686	,000
	Intra-grupos	123012,017	3376	36,437		
	Total	123742,912	3379			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	356,614	3	118,871	6,663	,000
	Intra-grupos	60228,710	3376	17,840		
	Total	60585,324	3379			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	2340,585	3	780,195	34,337	,000
	Intra-grupos	76707,477	3376	22,721		
	Total	79048,062	3379			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	37,068	3	12,356	4,711	,003
	Intra-grupos	8867,373	3381	2,623		
	Total	8904,441	3384			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	308,738	3	102,913	15,957	,000
	Intra-grupos	21798,636	3380	6,449		
	Total	22107,375	3383			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	180,805	3	60,268	14,166	,000
	Intra-grupos	14366,995	3377	4,254		
	Total	14547,800	3380			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	52,553	3	17,518	7,158	,000
	Intra-grupos	8267,453	3378	2,447		
	Total	8320,006	3381			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	2834,847	3	944,949	9,775	,000
	Intra-grupos	325768,378	3370	96,667		
	Total	328603,225	3373			

## Pruebas post hoc

Tabla 56: Comparaciones múltiples

Scheffé

Variable dependiente	(I) Curso	(J) Curso	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
TAS 20-Escala PT	1	2	,10	,513	,998	-1,33	1,54
		3	1,71(*)	,537	,017	,21	3,22
		4	3,83(*)	,529	,000	2,35	5,31
	2	1	-,10	,513	,998	-1,54	1,33
		3	1,61(*)	,505	,017	,20	3,02
		4	3,73(*)	,496	,000	2,34	5,12
	3	1	-1,71(*)	,537	,017	-3,22	-,21
		2	-1,61(*)	,505	,017	-3,02	-,20
		4	2,12(*)	,522	,001	,66	3,58
	4	1	-3,83(*)	,529	,000	-5,31	-2,35
		2	-3,73(*)	,496	,000	-5,12	-2,34
		3	-2,12(*)	,522	,001	-3,58	-,66
TAS 20-Escala DIS	1	2	-,22	,292	,908	-1,03	,60
		3	,04	,307	,999	-,82	,90
		4	,97(*)	,302	,015	,13	1,82
	2	1	,22	,292	,908	-,60	1,03
		3	,26	,288	,851	-,55	1,06
		4	1,19(*)	,283	,001	,40	1,98
	3	1	-,04	,307	,999	-,90	,82
		2	-,26	,288	,851	-1,06	,55
		4	,93(*)	,298	,020	,10	1,77
	4	1	-,97(*)	,302	,015	-1,82	-,13
		2	-1,19(*)	,283	,001	-1,98	-,40
		3	-,93(*)	,298	,020	-1,77	-,10
TAS 20-Escala DDS	1	2	-,12	,205	,949	-,69	,45
		3	,18	,215	,875	-,42	,78
		4	,71(*)	,211	,010	,12	1,30
	2	1	,12	,205	,949	-,45	,69
		3	,30	,202	,527	-,26	,87
		4	,84(*)	,198	,000	,28	1,39
	3	1	-,18	,215	,875	-,78	,42
		2	-,30	,202	,527	-,87	,26
		4	,54	,208	,085	-,05	1,12
	4	1	-,71(*)	,211	,010	-1,30	-,12
		2	-,84(*)	,198	,000	-1,39	-,28
		3	-,54	,208	,085	-1,12	,05
TAS 20-Escala PE	1	2	,36	,231	,484	-,28	1,01
		3	1,49(*)	,242	,000	,81	2,17
		4	2,08(*)	,238	,000	1,42	2,75
	2	1	-,36	,231	,484	-1,01	,28
		3	1,13(*)	,228	,000	,49	1,76
		4	1,72(*)	,224	,000	1,10	2,35

GHQ-28- Escala A:PS	3	1	-1,49(*)	,242	,000	-2,17	-,81
		2	-1,13(*)	,228	,000	-1,76	-,49
		4	,59	,235	,095	-,06	1,25
	4	1	-2,08(*)	,238	,000	-2,75	-1,42
		2	-1,72(*)	,224	,000	-2,35	-1,10
		3	-,59	,235	,095	-1,25	,06
	1	2	-,21	,078	,065	-,43	,01
		3	-,28(*)	,082	,009	-,51	-,05
		4	-,25(*)	,081	,023	-,48	-,02
	2	1	,21	,078	,065	-,01	,43
		3	-,07	,077	,853	-,28	,15
		4	-,04	,076	,965	-,25	,17
3	1	,28(*)	,082	,009	,05	,51	
	2	,07	,077	,853	-,15	,28	
	4	,03	,080	,988	-,19	,25	
4	1	,25(*)	,081	,023	,02	,48	
	2	,04	,076	,965	-,17	,25	
	3	-,03	,080	,988	-,25	,19	
GHQ-28- Escala B:DS	1	2	-,42(*)	,123	,009	-,76	-,08
		3	-,82(*)	,129	,000	-1,18	-,46
		4	-,69(*)	,127	,000	-1,05	-,34
	2	1	,42(*)	,123	,009	,08	,76
		3	-,40(*)	,121	,012	-,74	-,06
		4	-,28	,119	,147	-,61	,06
	3	1	,82(*)	,129	,000	,46	1,18
		2	,40(*)	,121	,012	,06	,74
		4	,13	,125	,801	-,22	,48
	4	1	,69(*)	,127	,000	,34	1,05
		2	,28	,119	,147	-,06	,61
		3	-,13	,125	,801	-,48	,22
GHQ-28- Escala C:AI	1	2	-,33(*)	,100	,011	-,61	-,05
		3	-,55(*)	,105	,000	-,85	-,26
		4	-,61(*)	,103	,000	-,90	-,32
	2	1	,33(*)	,100	,011	,05	,61
		3	-,22	,098	,171	-,50	,05
		4	-,28(*)	,097	,040	-,55	-,01
	3	1	,55(*)	,105	,000	,26	,85
		2	,22	,098	,171	-,05	,50
		4	-,06	,102	,954	-,34	,23
	4	1	,61(*)	,103	,000	,32	,90
		2	,28(*)	,097	,040	,01	,55
		3	,06	,102	,954	-,23	,34
GHQ-28- Escala D:DS	1	2	-,32(*)	,076	,001	-,53	-,11
		3	-,28(*)	,079	,005	-,51	-,06
		4	-,14	,078	,378	-,36	,08
	2	1	,32(*)	,076	,001	,11	,53
		3	,03	,075	,978	-,18	,24
		4	,18	,073	,111	-,03	,38
	3	1	,28(*)	,079	,005	,06	,51
		2	-,03	,075	,978	-,24	,18
		4	,15	,077	,306	-,07	,36
	4	1	,14	,078	,378	-,08	,36

EAT: Puntuación total	1	2	-,18	,073	,111	-,38	,03
		3	-,15	,077	,306	-,36	,07
		2	,67	,477	,579	-,66	2,00
		3	1,22	,500	,114	-,18	2,62
		4	2,53(*)	,492	,000	1,15	3,90
		2	-,67	,477	,579	-2,00	,66
		3	,55	,470	,712	-,76	1,86
		4	1,86(*)	,461	,001	,57	3,15
		3	1	-1,22	,500	,114	-2,62
		2	-,55	,470	,712	-1,86	,76
		4	1,31	,485	,064	-,05	2,67
		4	1	-2,53(*)	,492	,000	-3,90
		2	-1,86(*)	,461	,001	-3,15	-,57
		3	-1,31	,485	,064	-2,67	,05

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

### Subconjuntos homogéneos

**Tabla 57: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
4	851	48,07		
3	796		50,19	
2	977			51,80
1	756			51,90
Sig.		1,000	1,000	,998

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,230.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 58: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
4	851	15,29	
3	796		16,23
1	756		16,27
2	977		16,48
Sig.		1,000	,860

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,230.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 59: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
4	851	12,54	
3	796	13,07	13,07
1	756		13,25
2	977		13,37
Sig.		,081	,547

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,230.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 60: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
4	851	20,32	
3	796	20,92	
2	977		22,04
1	756		22,40
Sig.		,090	,492

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,230.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 61: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
1	756	,85	
2	984	1,07	1,07
4	851		1,10
3	794		1,13
Sig.		,070	,862

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,952.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 62: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
1	756	1,39		
2	983		1,81	
4	851		2,08	2,08
3	794			2,21
Sig.		1,000	,178	,796

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,770.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 63: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
1	754	,96	
2	982		1,29
3	794		1,51
4	851		1,57
Sig.		1,000	,054

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 836,973.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 64: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
1	756	,53	
4	850	,67	,67
3	794		,82
2	982		,85
Sig.		,357	,137

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 837,346.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Tabla 65: EAT: Puntuación total

Scheffé

Curso	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
4	850	11,78	
3	794	13,08	13,08
2	977		13,63
1	753		14,30
Sig.		,061	,093

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 835,513.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANOVA de un factor

## EDAD DEL PADRE AGRUPADA

Tabla 66: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20- Escala PT	1	1748	50,96	10,825	,259	50,45	51,47	21	92
	2	785	50,30	10,506	,375	49,56	51,04	15	83
	3	352	49,41	9,970	,531	48,36	50,45	5	78
	4	11	51,36	15,743	4,747	40,79	61,94	35	93
	Total	2896	50,59	10,667	,198	50,20	50,98	5	93
TAS 20- Escala DIS	1	1748	16,24	6,107	,146	15,95	16,52	3	38
	2	785	16,08	5,866	,209	15,67	16,49	2	34
	3	352	15,78	5,642	,301	15,18	16,37	2	31
	4	11	19,64	9,080	2,738	13,54	25,74	9	40
	Total	2896	16,15	6,003	,112	15,93	16,37	2	40
TAS 20- Escala DDS	1	1748	13,16	4,231	,101	12,96	13,36	5	25
	2	785	13,15	4,319	,154	12,85	13,45	5	26
	3	352	12,60	3,940	,210	12,19	13,02	4	25
	4	11	13,73	3,409	1,028	11,44	16,02	8	21
	Total	2896	13,09	4,220	,078	12,94	13,25	4	26
TAS 20- Escala PE	1	1748	21,60	4,953	,118	21,37	21,83	8	44
	2	785	21,08	4,600	,164	20,76	21,40	8	39
	3	352	21,12	4,404	,235	20,65	21,58	8	34
	4	11	20,73	8,684	2,618	14,89	26,56	10	42
	Total	2896	21,40	4,818	,090	21,22	21,57	8	44
GHQ-28- Escala A:PS	1	1748	1,05	1,580	,038	,98	1,13	0	9
	2	787	1,03	1,584	,056	,92	1,14	0	7
	3	351	1,06	1,902	,102	,86	1,26	0	20
	4	11	1,55	1,809	,545	,33	2,76	0	5
	Total	2897	1,05	1,624	,030	,99	1,11	0	20
GHQ-28- Escala B:DS	1	1748	1,87	2,554	,061	1,75	1,99	0	13
	2	787	1,80	2,480	,088	1,63	1,97	0	13
	3	351	2,00	2,709	,145	1,71	2,28	0	12
	4	11	4,27	4,429	1,335	1,30	7,25	0	11
	Total	2897	1,88	2,566	,048	1,79	1,97	0	13
GHQ-28- Escala C:AI	1	1747	1,39	2,277	,054	1,28	1,49	0	57
	2	787	1,26	1,796	,064	1,13	1,38	0	7
	3	350	1,41	1,937	,104	1,21	1,62	0	7
	4	11	2,73	2,724	,821	,90	4,56	0	7
	Total	2895	1,36	2,120	,039	1,28	1,44	0	57
GHQ-28- Escala D:DS	1	1746	,74	1,591	,038	,67	,82	0	9
	2	787	,67	1,476	,053	,57	,77	0	7
	3	351	,74	1,585	,085	,58	,91	0	7
	4	11	1,91	2,587	,780	,17	3,65	0	7
	Total	2895	,73	1,565	,029	,67	,78	0	9
EAT: Puntuación total	1	1742	13,69	10,324	,247	13,20	14,17	0	**
	2	786	12,65	9,306	,332	12,00	13,30	0	67
	3	350	12,71	9,099	,486	11,76	13,67	1	62
	4	11	11,18	6,585	1,985	6,76	15,61	2	25
	Total	2889	13,28	9,910	,184	12,92	13,64	0	**

**Tabla 67: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	1,876	3	2892	,131
TAS 20-Escala DIS	2,903	3	2892	,034
TAS 20-Escala DDS	2,423	3	2892	,064
TAS 20- Escala PE	4,367	3	2892	,004
GHQ-28-Escala A:PS	,825	3	2893	,480
GHQ-28-Escala B:DS	5,756	3	2893	,001
GHQ-28-Escala C:AI	2,865	3	2891	,035
GHQ-28-Escala D:DS	4,934	3	2891	,002
EAT: Puntuación total	2,575	3	2885	,052

**Tabla 68: ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	800,776	3	266,925	2,349	,071
	Intra-grupos	328616,237	2892	113,629		
	Total	329417,013	2895			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	200,192	3	66,731	1,853	,135
	Intra-grupos	104138,866	2892	36,009		
	Total	104339,058	2895			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	99,793	3	33,264	1,870	,133
	Intra-grupos	51454,590	2892	17,792		
	Total	51554,384	2895			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	184,726	3	61,575	2,657	,047
	Intra-grupos	67019,224	2892	23,174		
	Total	67203,950	2895			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	3,149	3	1,050	,398	,754
	Intra-grupos	7631,693	2893	2,638		
	Total	7634,842	2896			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	72,809	3	24,270	3,695	,011
	Intra-grupos	19000,421	2893	6,568		
	Total	19073,230	2896			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	30,955	3	10,318	2,300	,075
	Intra-grupos	12969,716	2891	4,486		
	Total	13000,672	2894			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	18,519	3	6,173	2,523	,056
	Intra-grupos	7073,262	2891	2,447		
	Total	7091,781	2894			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	759,765	3	253,255	2,583	,052
	Intra-grupos	282864,040	2885	98,046		
	Total	283623,805	2888			

## Pruebas post hoc

Tabla 69: Comparaciones múltiples

Variable dependiente	Scheffé		Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
	(I) EDAP DRAG	(J) EDAP DRAG				Límite inferior	Límite superior
TAS 20-Escala PT	1	2	,66	,458	,558	-,62	1,94
		3	1,55	,623	,103	-,19	3,29
		4	-,41	3,224	,999	-9,42	8,61
	2	1	-,66	,458	,558	-1,94	,62
		3	,89	,684	,638	-1,02	2,80
		4	-1,06	3,236	,991	-10,12	7,99
	3	1	-1,55	,623	,103	-3,29	,19
		2	-,89	,684	,638	-2,80	1,02
		4	-1,95	3,264	,949	-11,08	7,17
	4	1	,41	3,224	,999	-8,61	9,42
		2	1,06	3,236	,991	-7,99	10,12
		3	1,95	3,264	,949	-7,17	11,08
TAS 20-Escala DIS	1	2	,16	,258	,945	-,56	,88
		3	,46	,351	,630	-,52	1,44
		4	-3,40	1,815	,320	-8,48	1,68
	2	1	-,16	,258	,945	-,88	,56
		3	,30	,385	,892	-,77	1,38
		4	-3,56	1,822	,283	-8,65	1,54
	3	1	-,46	,351	,630	-1,44	,52
		2	-,30	,385	,892	-1,38	,77
		4	-3,86	1,837	,220	-9,00	1,28
	4	1	3,40	1,815	,320	-1,68	8,48
		2	3,56	1,822	,283	-1,54	8,65
		3	3,86	1,837	,220	-1,28	9,00
TAS 20-Escala DDS	1	2	,01	,181	1,000	-,50	,52
		3	,56	,246	,162	-,13	1,25
		4	-,57	1,276	,978	-4,14	3,00
	2	1	-,01	,181	1,000	-,52	,50
		3	,55	,271	,251	-,21	1,30
		4	-,58	1,281	,977	-4,16	3,01
	3	1	-,56	,246	,162	-1,25	,13
		2	-,55	,271	,251	-1,30	,21
		4	-1,13	1,292	,859	-4,74	2,49
	4	1	,57	1,276	,978	-3,00	4,14
		2	,58	1,281	,977	-3,01	4,16
		3	1,13	1,292	,859	-2,49	4,74
TAS 20- Escala PE	1	2	,52	,207	,096	-,06	1,10
		3	,49	,281	,395	-,30	1,27
		4	,87	1,456	,948	-3,20	4,95
	2	1	-,52	,207	,096	-1,10	,06
		3	-,04	,309	1,000	-,90	,83
		4	,35	1,462	,996	-3,74	4,44
	3	1	-,49	,281	,395	-1,27	,30
		2	,04	,309	1,000	-,83	,90
		4	,39	1,474	,995	-3,73	4,51
	4	1	-,87	1,456	,948	-4,95	3,20

		2						
		3						
		2						
		3						
		4						
		1						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						
		4						
		1						
		2						
		3						

	3	,97	,580	,421	-,65	2,60
	4	2,51	2,995	,873	-5,87	10,88
2	1	-1,04	,425	,116	-2,23	,15
	3	-,06	,636	1,000	-1,84	1,72
	4	1,47	3,006	,971	-6,94	9,88
3	1	-,97	,580	,421	-2,60	,65
	2	,06	,636	1,000	-1,72	1,84
	4	1,53	3,032	,968	-6,95	10,01
4	1	-2,51	2,995	,873	-10,88	5,87
	2	-1,47	3,006	,971	-9,88	6,94
	3	-1,53	3,032	,968	-10,01	6,95

- La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

### Subconjuntos homogéneos

**Tabla 70: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
3	352	49,41
2	785	50,30
1	1748	50,96
4	11	51,36
Sig.		,872

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,843.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 71: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
3	352	15,78	
2	785	16,08	16,08
1	1748	16,24	16,24
4	11		19,64
Sig.		,989	,062

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,843.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 72: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
3	352	12,60
2	785	13,15
1	1748	13,16
4	11	13,73
Sig.		,685

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,843.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 73: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
4	11	20,73
2	785	21,08
3	352	21,12
1	1748	21,60
Sig.		,875

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,843.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 74: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
2	787	1,03
1	1748	1,05
3	351	1,06
4	11	1,55
Sig.		,547

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,841.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 75: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
2	787	1,80	
1	1748	1,87	
3	351	2,00	
4	11		4,27
Sig.		,989	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,841.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 76: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
2	787	1,26	
1	1747	1,39	
3	350	1,41	
4	11		2,73
Sig.		,990	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,837.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 77: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
2	787	,67	
1	1746	,74	
3	351	,74	
4	11		1,91
Sig.		,997	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,840.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Tabla 78: EAT: Puntuación total

Scheffé

EDAPDRAG	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
4	11	11,18
2	786	12,65
3	350	12,71
1	1742	13,69
Sig.		,720

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 41,836.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANOVA de un factor PROFESION DE LOS PADRES

Tabla 79: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20-Escala PT	No cualificado	1202	51,68	10,958	,316	51,06	52,30	21	93
	Profesiones liberales	1130	50,11	10,574	,315	49,49	50,73	5	92
	Funcionario	649	49,51	10,219	,401	48,72	50,29	15	78
	Paro	7	50,29	8,826	3,336	42,12	58,45	40	62
	Total	2988	50,61	10,685	,195	50,23	50,99	5	93
TAS 20-Escala DIS	No cualificado	1202	16,51	6,249	,180	16,15	16,86	2	40
	Profesiones liberales	1130	16,03	6,036	,180	15,68	16,38	2	38
	Funcionario	649	15,76	5,647	,222	15,33	16,20	7	34
	Paro	7	17,29	4,716	1,782	12,92	21,65	10	23
	Total	2988	16,17	6,044	,111	15,95	16,38	2	40
TAS 20-Escala DDS	No cualificado	1202	13,29	4,366	,126	13,04	13,54	5	25
	Profesiones liberales	1130	12,95	4,186	,125	12,70	13,19	5	25
	Funcionario	649	12,92	4,033	,158	12,61	13,23	4	26
	Paro	7	11,57	5,473	2,069	6,51	16,63	5	19
	Total	2988	13,08	4,233	,077	12,92	13,23	4	26
TAS 20-Escala PE	No cualificado	1202	21,88	4,903	,141	21,60	22,16	8	44
	Profesiones liberales	1130	21,23	4,822	,143	20,95	21,51	8	39
	Funcionario	649	20,91	4,810	,189	20,54	21,28	8	36
	Paro	7	21,43	5,350	2,022	16,48	26,38	12	27
	Total	2988	21,42	4,867	,089	21,25	21,60	8	44
GHQ-28-Escala A:PS	No cualificado	1205	1,06	1,596	,046	,97	1,15	0	9
	Profesiones liberales	1132	1,07	1,691	,050	,97	1,17	0	20
	Funcionario	648	,96	1,546	,061	,84	1,08	0	7
	Paro	7	1,29	1,976	,747	-,54	3,11	0	5
	Total	2992	1,04	1,623	,030	,99	1,10	0	20
GHQ-28-Escala B:DS	No cualificado	1205	1,90	2,659	,077	1,75	2,05	0	13
	Profesiones liberales	1132	1,94	2,543	,076	1,79	2,08	0	13
	Funcionario	648	1,73	2,419	,095	1,54	1,92	0	11
	Paro	7	1,43	2,149	,812	-,56	3,42	0	5
	Total	2992	1,88	2,564	,047	1,78	1,97	0	13
GHQ-28-Escala C:AI	No cualificado	1204	1,35	2,437	,070	1,21	1,49	0	57
	Profesiones liberales	1130	1,40	1,877	,056	1,29	1,51	0	7
	Funcionario	648	1,26	1,818	,071	1,12	1,40	0	7
	Paro	7	1,29	1,254	,474	,13	2,45	0	3
	Total	2989	1,35	2,108	,039	1,27	1,42	0	57
GHQ-28-Escala D:DS	No cualificado	1204	,77	1,622	,047	,68	,86	0	9
	Profesiones liberales	1131	,76	1,612	,048	,67	,86	0	7
	Funcionario	648	,60	1,436	,056	,49	,71	0	7
	Paro	7	,86	1,864	,705	-,87	2,58	0	5
	Total	2990	,73	1,581	,029	,68	,79	0	9
EAT: Puntuación total	No cualificado	1200	13,45	10,201	,294	12,87	14,03	0	**
	Profesiones liberales	1132	13,38	10,060	,299	12,79	13,97	0	**
	Funcionario	646	12,78	9,275	,365	12,06	13,49	0	60
	Paro	7	11,57	8,304	3,139	3,89	19,25	2	26
	Total	2985	13,27	9,949	,182	12,92	13,63	0	**

**Tabla 80: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	2,063	3	2984	,103
TAS 20-Escala DIS	3,712	3	2984	,011
TAS 20-Escala DDS	3,227	3	2984	,022
TAS 20- Escala PE	,046	3	2984	,987
GHQ-28-Escala A:PS	,751	3	2988	,522
GHQ-28-Escala B:DS	,917	3	2988	,432
GHQ-28-Escala C:AI	,646	3	2985	,586
GHQ-28-Escala D:DS	3,583	3	2986	,013
EAT: Puntuación total	,636	3	2981	,592

**Tabla 81: ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	2463,534	3	821,178	7,237	,000
	Intra-grupos	338586,355	2984	113,467		
	Total	341049,889	2987			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	276,880	3	92,293	2,531	,055
	Intra-grupos	108829,453	2984	36,471		
	Total	109106,333	2987			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	104,987	3	34,996	1,955	,119
	Intra-grupos	53405,070	2984	17,897		
	Total	53510,057	2987			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	461,748	3	153,916	6,534	,000
	Intra-grupos	70287,393	2984	23,555		
	Total	70749,142	2987			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	5,835	3	1,945	,739	,529
	Intra-grupos	7868,342	2988	2,633		
	Total	7874,176	2991			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	19,598	3	6,533	,994	,395
	Intra-grupos	19637,652	2988	6,572		
	Total	19657,250	2991			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	8,216	3	2,739	,616	,605
	Intra-grupos	13269,135	2985	4,445		
	Total	13277,351	2988			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	14,190	3	4,730	1,894	,128
	Intra-grupos	7457,763	2986	2,498		
	Total	7471,953	2989			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	230,932	3	76,977	,778	,506
	Intra-grupos	295133,808	2981	99,005		
	Total	295364,740	2984			

## Pruebas post hoc

Tabla 82: Comparaciones múltiples

Scheffé

Variable dependiente	(I) Profesión del padre	(J) Profesión del padre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
TAS 20- Escala PT	No cualificado	Profesiones liberales	1,58(*)	,441	,005	,34	2,81
		Funcionario	2,18(*)	,519	,001	,73	3,63
		Paro	1,40	4,038	,989	-9,90	12,69
	Profesiones liberales	No cualificado	-1,58(*)	,441	,005	-2,81	-,34
		Funcionario	,60	,525	,725	-,86	2,07
		Paro	-,18	4,039	1,000	-11,47	11,12
	Funcionario	No cualificado	-2,18(*)	,519	,001	-3,63	-,73
		Profesiones liberales	-,60	,525	,725	-2,07	,86
		Paro	-,78	4,048	,998	-12,10	10,54
	Paro	No cualificado	-1,40	4,038	,989	-12,69	9,90
		Profesiones liberales	,18	4,039	1,000	-11,12	11,47
		Funcionario	,78	4,048	,998	-10,54	12,10
TAS 20- Escala DIS	No cualificado	Profesiones liberales	,48	,250	,297	-,22	1,18
		Funcionario	,75	,294	,093	-,08	1,57
		Paro	-,78	2,289	,990	-7,18	5,63
	Profesiones liberales	No cualificado	-,48	,250	,297	-1,18	,22
		Funcionario	,26	,297	,851	-,57	1,10
		Paro	-1,26	2,290	,960	-7,66	5,15
	Funcionario	No cualificado	-,75	,294	,093	-1,57	,08
		Profesiones liberales	-,26	,297	,851	-1,10	,57
		Paro	-1,52	2,295	,932	-7,94	4,90
	Paro	No cualificado	,78	2,289	,990	-5,63	7,18
		Profesiones liberales	1,26	2,290	,960	-5,15	7,66
		Funcionario	1,52	2,295	,932	-4,90	7,94
TAS 20- Escala DDS	No cualificado	Profesiones liberales	,34	,175	,288	-,15	,83
		Funcionario	,37	,206	,354	-,20	,95
		Paro	1,72	1,604	,766	-2,77	6,20
	Profesiones liberales	No cualificado	-,34	,175	,288	-,83	,15
		Funcionario	,03	,208	,999	-,55	,61
		Paro	1,38	1,604	,864	-3,11	5,86
	Funcionario	No cualificado	-,37	,206	,354	-,95	,20
		Profesiones liberales	-,03	,208	,999	-,61	,55
		Paro	1,35	1,608	,873	-3,15	5,84
	Paro	No cualificado	-1,72	1,604	,766	-6,20	2,77
		Profesiones liberales	-1,38	1,604	,864	-5,86	3,11

TAS 20- Escala PE	No cualificado	Funcionario	-1,35	1,608	,873	-5,84	3,15	
		Profesiones liberales	,65(*)	,201	,015	,09	1,21	
		Funcionario Paro	,97(*)	,236	,001	,31	1,63	
	Profesiones liberales	No cualificado	,45	1,840	,996	-4,70	5,60	
		Funcionario	-,65(*)	,201	,015	-1,21	-,09	
		Paro	,32	,239	,622	-,35	,99	
	Funcionario	No cualificado	Funcionario	-,20	1,840	1,000	-5,35	4,95
			Paro	-,97(*)	,236	,001	-1,63	-,31
		Profesiones liberales	Funcionario	-,32	,239	,622	-,99	,35
			Paro	-,52	1,844	,994	-5,67	4,64
		Paro	No cualificado	-,45	1,840	,996	-5,60	4,70
			Profesiones liberales	,20	1,840	1,000	-4,95	5,35
GHQ-28- Escala A:PS	No cualificado	Funcionario	,52	1,844	,994	-4,64	5,67	
		Profesiones liberales	-,01	,067	,999	-,20	,18	
		Funcionario Paro	,10	,079	,671	-,12	,32	
	Profesiones liberales	No cualificado	-,22	,615	,988	-1,94	1,50	
		Funcionario	,01	,067	,999	-,18	,20	
		Paro	,11	,080	,612	-,12	,33	
	Funcionario	No cualificado	Funcionario	-,22	,615	,989	-1,94	1,51
			Paro	-,10	,079	,671	-,32	,12
		Profesiones liberales	Paro	-,11	,080	,612	-,33	,12
	Paro	No cualificado	Funcionario	-,32	,617	,965	-2,05	1,40
			Profesiones liberales	,22	,615	,988	-1,50	1,94
		Profesiones liberales	Funcionario	,22	,615	,989	-1,51	1,94
Paro			,32	,617	,965	-1,40	2,05	
GHQ-28- Escala B:DS		No cualificado	Profesiones liberales	-,04	,106	,987	-,34	,26
			Funcionario	,17	,125	,624	-,18	,51
	Paro		,47	,972	,972	-2,25	3,19	
	Profesiones liberales	No cualificado	,04	,106	,987	-,26	,34	
		Funcionario	,20	,126	,452	-,15	,56	
		Paro	,51	,972	,965	-2,21	3,23	
Funcionario	No cualificado	Funcionario	-,17	,125	,624	-,51	,18	
		Profesiones liberales	-,20	,126	,452	-,56	,15	
	Paro	,30	,974	,992	-2,42	3,03		
Paro	No cualificado	Funcionario	-,47	,972	,972	-3,19	2,25	
		Profesiones liberales	-,51	,972	,965	-3,23	2,21	
	Profesiones liberales	Funcionario	-,30	,974	,992	-3,03	2,42	
		Paro	-,30	,974	,992	-3,03	2,42	
	GHQ-28- Escala C:AI	No cualificado	Profesiones liberales	-,05	,087	,945	-,30	,19
			Funcionario	,09	,103	,868	-,20	,37
Paro			,06	,799	1,000	-2,17	2,30	
Profesiones liberales		No cualificado	,05	,087	,945	-,19	,30	
		Funcionario	,14	,104	,606	-,15	,43	
		Paro	,12	,799	,999	-2,12	2,35	

GHQ-28- Escala D:DS	Funcionario	No cualificado	-,09	,103	,868	-,37	,20
		Profesiones liberales	-,14	,104	,606	-,43	,15
		Paro	-,02	,801	1,00 0	-2,27	2,22
	Paro	No cualificado	-,06	,799	1,00 0	-2,30	2,17
		Profesiones liberales	-,12	,799	,999	-2,35	2,12
		Funcionario	,02	,801	1,00 0	-2,22	2,27
	No cualificado	Profesiones liberales	,01	,065	1,00 0	-,18	,19
		Funcionario	,17	,077	,183	-,05	,39
		Paro	-,09	,599	,999	-1,76	1,59
	Profesiones liberales	No cualificado	-,01	,065	1,00 0	-,19	,18
		Funcionario	,16	,078	,223	-,05	,38
		Paro	-,09	,599	,999	-1,77	1,58
Funcionario	No cualificado	-,17	,077	,183	-,39	,05	
	Profesiones liberales	-,16	,078	,223	-,38	,05	
	Paro	-,26	,601	,981	-1,94	1,42	
Paro	No cualificado	,09	,599	,999	-1,59	1,76	
	Profesiones liberales	,09	,599	,999	-1,58	1,77	
	Funcionario	,26	,601	,981	-1,42	1,94	
EAT: Puntuación total	No cualificado	Profesiones liberales	,07	,412	,999	-1,08	1,22
		Funcionario	,68	,486	,586	-,68	2,03
		Paro	1,88	3,772	,969	-8,67	12,43
	Profesiones liberales	No cualificado	-,07	,412	,999	-1,22	1,08
		Funcionario	,60	,491	,679	-,77	1,98
		Paro	1,81	3,772	,973	-8,74	12,36
	Funcionario	No cualificado	-,68	,486	,586	-2,03	,68
		Profesiones liberales	-,60	,491	,679	-1,98	,77
		Paro	1,21	3,781	,992	-9,37	11,78
	Paro	No cualificado	-1,88	3,772	,969	-12,43	8,67
		Profesiones liberales	-1,81	3,772	,973	-12,36	8,74
		Funcionario	-1,21	3,781	,992	-11,78	9,37

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

**Subconjuntos homogéneos****Tabla 83: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

	N	Subconjunto para alfa = .05
Profesión del padre		1
Funcionario	649	49,51
Profesiones liberales	1130	50,11
Paro	7	50,29
No cualificado	1202	51,68
Sig.		,903

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 84: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

	N	Subconjunto para alfa = .05
Profesión del padre		1
Funcionario	649	15,76
Profesiones liberales	1130	16,03
No cualificado	1202	16,51
Paro	7	17,29
Sig.		,833

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 85: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

	N	Subconjunto para alfa = .05
Profesión del padre		1
Paro	7	11,57
Funcionario	649	12,92
Profesiones liberales	1130	12,95
No cualificado	1202	13,29
Sig.		,521

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 86: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

Profesión del padre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Funcionario	649	20,91
Profesiones liberales	1130	21,23
Paro	7	21,43
No cualificado	1202	21,88
Sig.		,909

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 87: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

Profesión del padre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Funcionario	648	,96
No cualificado	1205	1,06
Profesiones liberales	1132	1,07
Paro	7	1,29
Sig.		,910

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 88: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

Profesión del padre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	7	1,43
Funcionario	648	1,73
No cualificado	1205	1,90
Profesiones liberales	1132	1,94
Sig.		,911

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 89: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

Profesión del padre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Funcionario	648	1,26
Paro	7	1,29
No cualificado	1204	1,35
Profesiones liberales	1130	1,40
Sig.		,996

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 90: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

Profesión del padre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Funcionario	648	,60
Profesiones liberales	1131	,76
No cualificado	1204	,77
Paro	7	,86
Sig.		,949

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,376.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 91: EAT: Puntuación total**

Scheffé

Profesión del padre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	7	11,57
Funcionario	646	12,78
Profesiones liberales	1132	13,38
No cualificado	1200	13,45
Sig.		,921

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 27,374.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANOVA de un factor

## EDAD DE LA MADRE

Tabla 92: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20- Escala PT	1	2293	50,53	10,776	,225	50,09	50,97	15	92
	2	568	50,02	10,258	,430	49,18	50,87	5	83
	3	114	51,81	11,107	1,040	49,75	53,87	29	93
	Total	2975	50,48	10,694	,196	50,10	50,87	5	93
TAS 20- Escala DIS	1	2293	16,06	6,118	,128	15,81	16,31	2	40
	2	568	16,06	5,739	,241	15,59	16,53	2	32
	3	114	17,03	5,848	,548	15,94	18,11	7	30
	Total	2975	16,10	6,039	,111	15,88	16,31	2	40
TAS 20- Escala DDS	1	2293	13,06	4,255	,089	12,89	13,24	5	26
	2	568	12,97	4,144	,174	12,63	13,32	4	25
	3	114	13,54	4,114	,385	12,78	14,31	5	25
	Total	2975	13,06	4,229	,078	12,91	13,22	4	26
TAS 20- Escala PE	1	2293	21,46	4,860	,101	21,27	21,66	8	44
	2	568	21,01	4,561	,191	20,64	21,39	8	34
	3	114	21,40	5,249	,492	20,43	22,38	8	42
	Total	2975	21,38	4,821	,088	21,20	21,55	8	44
GHQ-28- Escala A:PS	1	2292	1,04	1,565	,033	,97	1,10	0	9
	2	571	1,04	1,780	,074	,89	1,18	0	20
	3	113	1,41	1,826	,172	1,07	1,75	0	7
	Total	2976	1,05	1,620	,030	,99	1,11	0	20
GHQ-28- Escala B:DS	1	2292	1,82	2,511	,052	1,72	1,92	0	13
	2	571	1,91	2,538	,106	1,70	2,12	0	13
	3	113	2,77	3,351	,315	2,15	3,39	0	12
	Total	2976	1,87	2,558	,047	1,78	1,97	0	13
GHQ-28- Escala C:AI	1	2290	1,33	2,164	,045	1,24	1,42	0	57
	2	571	1,35	1,851	,077	1,20	1,50	0	7
	3	113	1,86	2,138	,201	1,46	2,26	0	7
	Total	2974	1,35	2,108	,039	1,28	1,43	0	57
GHQ-28- Escala D:DS	1	2290	,70	1,545	,032	,64	,76	0	9
	2	571	,69	1,445	,060	,57	,81	0	7
	3	113	1,26	2,108	,198	,86	1,65	0	7
	Total	2974	,72	1,555	,029	,66	,78	0	9
EAT: Puntuación total	1	2285	13,31	10,047	,210	12,90	13,72	0	**
	2	570	12,63	9,061	,380	11,88	13,37	1	62
	3	113	14,48	10,680	1,005	12,49	16,47	2	49
	Total	2968	13,22	9,894	,182	12,87	13,58	0	**

**Tabla 93: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	2,430	2	2972	,088
TAS 20-Escala DIS	2,192	2	2972	,112
TAS 20-Escala DDS	1,035	2	2972	,355
TAS 20- Escala PE	1,598	2	2972	,203
GHQ-28-Escala A:PS	4,421	2	2973	,012
GHQ-28-Escala B:DS	11,642	2	2973	,000
GHQ-28-Escala C:AI	2,427	2	2971	,088
GHQ-28-Escala D:DS	14,390	2	2971	,000
EAT: Puntuación total	3,219	2	2965	,040

**Tabla 94: ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	326,434	2	163,217	1,428	,240
	Intra-grupos	339766,459	2972	114,322		
	Total	340092,893	2974			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	102,568	2	51,284	1,407	,245
	Intra-grupos	108341,938	2972	36,454		
	Total	108444,506	2974			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	30,893	2	15,447	,864	,422
	Intra-grupos	53152,715	2972	17,884		
	Total	53183,609	2974			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	93,329	2	46,665	2,009	,134
	Intra-grupos	69034,776	2972	23,228		
	Total	69128,106	2974			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	14,976	2	7,488	2,858	,058
	Intra-grupos	7788,564	2973	2,620		
	Total	7803,540	2975			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	97,878	2	48,939	7,509	,001
	Intra-grupos	19375,120	2973	6,517		
	Total	19472,999	2975			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	30,008	2	15,004	3,381	,034
	Intra-grupos	13184,740	2971	4,438		
	Total	13214,748	2973			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	33,991	2	16,996	7,060	,001
	Intra-grupos	7152,568	2971	2,407		
	Total	7186,560	2973			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	396,061	2	198,031	2,024	,132
	Intra-grupos	290040,062	2965	97,821		
	Total	290436,123	2967			

## Pruebas post hoc

Tabla 95: Comparaciones múltiples

Variable dependiente	Scheffé		Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
	(I) EDAM AD3	(J) EDAM AD3				Límite inferior	Límite superior
TAS 20- Escala PT	1	2	,51	,501	,595	-,72	1,74
		3	-1,28	1,026	,462	-3,79	1,24
	2	1	-,51	,501	,595	-1,74	,72
		3	-1,79	1,097	,266	-4,47	,90
	3	1	1,28	1,026	,462	-1,24	3,79
		2	1,79	1,097	,266	-,90	4,47
TAS 20- Escala DIS	1	2	,00	,283	1,000	-,69	,69
		3	-,97	,579	,248	-2,39	,45
	2	1	,00	,283	1,000	-,69	,69
		3	-,97	,620	,296	-2,48	,55
	3	1	,97	,579	,248	-,45	2,39
		2	,97	,620	,296	-,55	2,48
TAS 20- Escala DDS	1	2	,09	,198	,903	-,40	,58
		3	-,48	,406	,496	-1,47	,51
	2	1	-,09	,198	,903	-,58	,40
		3	-,57	,434	,422	-1,63	,49
	3	1	,48	,406	,496	-,51	1,47
		2	,57	,434	,422	-,49	1,63
TAS 20- Escala PE	1	2	,45	,226	,135	-,10	1,01
		3	,06	,462	,991	-1,07	1,19
	2	1	-,45	,226	,135	-1,01	,10
		3	-,39	,495	,731	-1,60	,82
	3	1	-,06	,462	,991	-1,19	1,07
		2	,39	,495	,731	-,82	1,60
GHQ-28- Escala A:PS	1	2	,00	,076	,999	-,19	,18
		3	-,37	,156	,059	-,75	,01
	2	1	,00	,076	,999	-,18	,19
		3	-,37	,167	,087	-,78	,04
	3	1	,37	,156	,059	-,01	,75
		2	,37	,167	,087	-,04	,78
GHQ-28- Escala B:DS	1	2	-,09	,119	,755	-,38	,20
		3	-,95(*)	,246	,001	-1,55	-,35
	2	1	,09	,119	,755	-,20	,38
		3	-,86(*)	,263	,005	-1,50	-,22
	3	1	,95(*)	,246	,001	,35	1,55
		2	,86(*)	,263	,005	,22	1,50
GHQ-28- Escala C:AI	1	2	-,02	,099	,977	-,26	,22
		3	-,53(*)	,203	,034	-1,02	-,03
	2	1	,02	,099	,977	-,22	,26
		3	-,51	,217	,066	-1,04	,02
	3	1	,53(*)	,203	,034	,03	1,02
		2	,51	,217	,066	-,02	1,04

GHQ-28- Escala D:DS	1	2	,01	,073	,986	-,17	,19
		3	-,56(*)	,150	,001	-,92	-,19
	2	1	-,01	,073	,986	-,19	,17
		3	-,57(*)	,160	,002	-,96	-,18
	3	1	,56(*)	,150	,001	,19	,92
		2	,57(*)	,160	,002	,18	,96
EAT: Puntuación total	1	2	,68	,463	,341	-,45	1,81
		3	-1,17	,953	,471	-3,50	1,16
	2	1	-,68	,463	,341	-1,81	,45
		3	-1,85	1,018	,192	-4,34	,64
	3	1	1,17	,953	,471	-1,16	3,50
		2	1,85	1,018	,192	-,64	4,34

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

### Subconjuntos homogéneos

**Tabla 96: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
2	568	50,02
1	2293	50,53
3	114	51,81
Sig.		,149

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 273,508.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 97: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
1	2293	16,06
2	568	16,06
3	114	17,03
Sig.		,173

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 273,508.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 98: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	
2	568	12,97	
1	2293	13,06	
3	114	13,54	
Sig.		,289	

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 273,508.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 99: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	
2	568	21,01	
3	114	21,40	
1	2293	21,46	
Sig.		,547	

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 273,508.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 100: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
1	2292	1,04	
2	571	1,04	
3	113		1,41
Sig.		1,000	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 271,809.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 101: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
1	2292	1,82	
2	571	1,91	
3	113		2,77
Sig.		,920	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 271,809.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 102: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
1	2290	1,33	
2	571	1,35	
3	113		1,86
Sig.		,993	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 271,799.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 103: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
2	571	,69	
1	2290	,70	
3	113		1,26
Sig.		,996	1,000

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 271,799.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Tabla 104: EAT: Puntuación total

Scheffé

EDAMAD3	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
2	570	12,63
1	2285	13,31
3	113	14,48
Sig.		,093

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 271,700.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANOVA de un factor

## PROFESIONES DE LA MADRES

Tabla 105: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20- Escala PT	No cualificado	669	52,05	11,081	,428	51,21	52,90	20	92
	Profesiones liberales	424	49,70	10,299	,500	48,72	50,69	26	78
	Funcionario	968	49,39	10,677	,343	48,72	50,07	15	84
	Paro	9	45,44	8,890	2,963	38,61	52,28	36	61
	Ama de casa	953	50,99	10,515	,341	50,32	51,66	5	93
	Total	3023	50,52	10,709	,195	50,14	50,90	5	93
TAS 20- Escala DIS	No cualificado	669	16,73	6,401	,247	16,25	17,22	2	40
	Profesiones liberales	424	15,91	6,040	,293	15,34	16,49	7	38
	Funcionario	968	15,68	5,910	,190	15,30	16,05	7	35
	Paro	9	12,22	6,119	2,040	7,52	16,93	3	23
	Ama de casa	953	16,23	5,954	,193	15,85	16,61	2	35
	Total	3023	16,11	6,067	,110	15,89	16,32	2	40
TAS 20- Escala DDS	No cualificado	669	13,40	4,359	,169	13,07	13,73	5	25
	Profesiones liberales	424	13,03	4,168	,202	12,63	13,43	5	26
	Funcionario	968	12,74	4,188	,135	12,47	13,00	4	25
	Paro	9	12,00	3,391	1,130	9,39	14,61	8	18
	Ama de casa	953	13,19	4,225	,137	12,93	13,46	5	25
	Total	3023	13,07	4,239	,077	12,92	13,22	4	26
TAS 20- Escala PE	No cualificado	669	21,95	4,972	,192	21,57	22,32	8	44
	Profesiones liberales	424	20,91	4,782	,232	20,45	21,36	8	37
	Funcionario	968	21,06	4,925	,158	20,75	21,37	8	41
	Paro	9	20,11	4,343	1,448	16,77	23,45	14	27

	Ama de casa	953	21,59	4,708	,153	21,29	21,89	8	42
	Total	3023	21,40	4,859	,088	21,22	21,57	8	44
GHQ-28- Escala A:PS	No cualificado	672	1,19	1,682	,065	1,06	1,31	0	7
	Profesiones liberales	424	1,04	1,610	,078	,89	1,19	0	7
	Funcionario	969	,97	1,544	,050	,87	1,07	0	7
	Paro	9	1,22	1,986	,662	-,30	2,75	0	6
	Ama de casa	953	1,02	1,653	,054	,91	1,13	0	20
	Total	3027	1,04	1,621	,029	,99	1,10	0	20
GHQ-28- Escala B:DS	No cualificado	672	2,00	2,787	,108	1,79	2,21	0	13
	Profesiones liberales	424	1,88	2,442	,119	1,65	2,12	0	12
	Funcionario	969	1,83	2,533	,081	1,67	1,99	0	13
	Paro	9	,44	1,333	,444	-,58	1,47	0	4
	Ama de casa	953	1,83	2,526	,082	1,67	1,99	0	13
	Total	3027	1,87	2,575	,047	1,78	1,96	0	13
GHQ-28- Escala C:AI	No cualificado	671	1,45	2,875	,111	1,23	1,67	0	57
	Profesiones liberales	423	1,37	1,848	,090	1,20	1,55	0	7
	Funcionario	968	1,30	1,809	,058	1,19	1,42	0	7
	Paro	9	,78	,972	,324	,03	1,52	0	2
	Ama de casa	953	1,33	1,854	,060	1,21	1,45	0	9
	Total	3024	1,35	2,108	,038	1,28	1,43	0	57
GHQ-28- Escala D:DS	No cualificado	672	,77	1,602	,062	,65	,89	0	7
	Profesiones liberales	423	,71	1,478	,072	,57	,85	0	7
	Funcionario	968	,69	1,568	,050	,59	,79	0	7
	Paro	9	,22	,667	,222	-,29	,73	0	2
	Ama de casa	953	,74	1,581	,051	,64	,84	0	9
	Total	3025	,72	1,565	,028	,67	,78	0	9
EAT: Puntuación total	No cualificado	672	13,65	10,237	,395	12,88	14,43	0	69
	Profesiones liberales	423	13,40	10,641	,517	12,38	14,42	0	**
	Funcionario	965	12,78	9,151	,295	12,20	13,36	1	60
	Paro	9	14,22	4,842	1,614	10,50	17,94	8	23
	Ama de casa	953	13,34	10,139	,328	12,69	13,98	0	**
	Total	3022	13,24	9,919	,180	12,89	13,60	0	**

**Tabla 106: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	1,035	4	3018	,388
TAS 20-Escala DIS	1,610	4	3018	,169
TAS 20-Escala DDS	,756	4	3018	,554
TAS 20- Escala PE	,200	4	3018	,939
GHQ-28-Escala A:PS	2,839	4	3022	,023
GHQ-28-Escala B:DS	2,946	4	3022	,019
GHQ-28-Escala C:AI	3,122	4	3019	,014
GHQ-28-Escala D:DS	1,115	4	3020	,348
EAT: Puntuación total	1,182	4	3017	,316

**Tabla 107: ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	3532,187	4	883,047	7,769	,000
	Intra-grupos	343012,617	3018	113,656		
	Total	346544,803	3022			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	608,023	4	152,006	4,147	,002
	Intra-grupos	110625,251	3018	36,655		
	Total	111233,274	3022			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	207,017	4	51,754	2,888	,021
	Intra-grupos	54090,351	3018	17,923		
	Total	54297,368	3022			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	466,346	4	116,587	4,963	,001
	Intra-grupos	70897,100	3018	23,491		
	Total	71363,446	3022			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	19,841	4	4,960	1,889	,110
	Intra-grupos	7935,315	3022	2,626		
	Total	7955,156	3026			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	33,181	4	8,295	1,251	,287
	Intra-grupos	20034,571	3022	6,630		
	Total	20067,752	3026			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	12,016	4	3,004	,676	,609
	Intra-grupos	13425,317	3019	4,447		
	Total	13437,333	3023			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	5,150	4	1,287	,525	,717
	Intra-grupos	7406,016	3020	2,452		
	Total	7411,166	3024			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	345,869	4	86,467	,879	,476
	Intra-grupos	296889,791	3017	98,406		
	Total	297235,660	3021			

## Pruebas post hoc

Tabla 108: Comparaciones múltiples

Scheffé		(J) Profesión de la madre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
Variable dependiente	(I) Profesión de la madre					Límite inferior	Límite superior	
TAS 20- Escala PT	No cualificado	Profesiones liberales	2,35(*)	,662	,013	,31	4,39	
		Funcionario	2,66(*)	,536	,000	1,01	4,31	
		Paro	6,61	3,577	,491	-4,42	17,64	
		Ama de casa	1,06	,538	,421	-,60	2,72	
	Profesiones liberales	No cualificado	-2,35(*)	,662	,013	-4,39	-,31	
		Funcionario	,31	,621	,993	-1,60	2,22	
		Paro	4,26	3,591	,843	-6,81	15,33	
		Ama de casa	-1,29	,622	,368	-3,21	,63	
	Funcionario	No cualificado	-2,66(*)	,536	,000	-4,31	-1,01	
		Profesiones liberales	-,31	,621	,993	-2,22	1,60	
		Paro	3,95	3,570	,874	-7,06	14,95	
		Ama de casa	-1,60(*)	,486	,029	-3,10	-,10	
	Paro	No cualificado	-6,61	3,577	,491	-17,64	4,42	
		Profesiones liberales	-4,26	3,591	,843	-15,33	6,81	
		Funcionario	-3,95	3,570	,874	-14,95	7,06	
		Ama de casa	-5,55	3,570	,660	-16,55	5,46	
	Ama de casa	No cualificado	-1,06	,538	,421	-2,72	,60	
		Profesiones liberales	1,29	,622	,368	-,63	3,21	
		Funcionario	1,60(*)	,486	,029	,10	3,10	
		Paro	5,55	3,570	,660	-5,46	16,55	
	TAS 20- Escala DIS	No cualificado	Profesiones liberales	,82	,376	,313	-,34	1,98
			Funcionario	1,06(*)	,304	,017	,12	2,00
			Paro	4,51	2,032	,295	-1,75	10,77
			Ama de casa	,50	,305	,608	-,44	1,44
Profesiones liberales		No cualificado	-,82	,376	,313	-1,98	,34	
		Funcionario	,24	,353	,978	-,85	1,32	
		Paro	3,69	2,039	,513	-2,60	9,98	
		Ama de casa	-,32	,353	,938	-1,41	,77	
Funcionario		No cualificado	-1,06(*)	,304	,017	-2,00	-,12	
		Profesiones liberales	-,24	,353	,978	-1,32	,85	
		Paro	3,45	2,027	,575	-2,80	9,70	
		Ama de casa	-,55	,276	,403	-1,41	,30	
Paro		No cualificado	-4,51	2,032	,295	-10,77	1,75	

		Profesiones liberales	-3,69	2,039	,513	-9,98	2,60
		Funcionario	-3,45	2,027	,575	-9,70	2,80
		Ama de casa	-4,01	2,028	,419	-10,26	2,24
	Ama de casa	No cualificado	-,50	,305	,608	-1,44	,44
		Profesiones liberales	,32	,353	,938	-,77	1,41
		Funcionario	,55	,276	,403	-,30	1,41
		Paro	4,01	2,028	,419	-2,24	10,26
TAS 20- Escala DDS	No cualificado	Profesiones liberales	,37	,263	,736	-,44	1,18
		Funcionario	,67(*)	,213	,045	,01	1,32
		Paro	1,40	1,421	,914	-2,98	5,78
		Ama de casa	,21	,214	,917	-,45	,87
	Profesiones liberales	No cualificado	-,37	,263	,736	-1,18	,44
		Funcionario	,29	,247	,840	-,47	1,05
		Paro	1,03	1,426	,971	-3,36	5,43
		Ama de casa	-,16	,247	,979	-,93	,60
	Funcionario	No cualificado	-,67(*)	,213	,045	-1,32	-,01
		Profesiones liberales	-,29	,247	,840	-1,05	,47
		Paro	,74	1,418	,992	-3,63	5,11
		Ama de casa	-,46	,193	,231	-1,05	,14
	Paro	No cualificado	-1,40	1,421	,914	-5,78	2,98
		Profesiones liberales	-1,03	1,426	,971	-5,43	3,36
		Funcionario	-,74	1,418	,992	-5,11	3,63
		Ama de casa	-1,19	1,418	,950	-5,56	3,18
	Ama de casa	No cualificado	-,21	,214	,917	-,87	,45
		Profesiones liberales	,16	,247	,979	-,60	,93
		Funcionario	,46	,193	,231	-,14	1,05
		Paro	1,19	1,418	,950	-3,18	5,56
TAS 20- Escala PE	No cualificado	Profesiones liberales	1,04(*)	,301	,018	,11	1,97
		Funcionario	,89(*)	,244	,010	,14	1,64
		Paro	1,84	1,626	,866	-3,18	6,85
		Ama de casa	,36	,244	,708	-,39	1,11
	Profesiones liberales	No cualificado	-1,04(*)	,301	,018	-1,97	-,11
		Funcionario	-,15	,282	,991	-1,02	,72
		Paro	,79	1,633	,994	-4,24	5,83
		Ama de casa	-,68	,283	,214	-1,55	,19
	Funcionario	No cualificado	-,89(*)	,244	,010	-1,64	-,14
		Profesiones liberales	,15	,282	,991	-,72	1,02
		Paro	,94	1,623	,987	-4,06	5,95
		Ama de	-,53	,221	,216	-1,21	,15

GHQ-28- Escala A:PS	Paro	casa					
		No cualificado	-1,84	1,626	,866	-6,85	3,18
		Profesiones liberales	-,79	1,633	,994	-5,83	4,24
	Ama de casa	Funcionario	-,94	1,623	,987	-5,95	4,06
		Ama de casa	-1,48	1,623	,935	-6,48	3,53
		No cualificado	-,36	,244	,708	-1,11	,39
	Profesiones liberales	Funcionario	,68	,283	,214	-,19	1,55
		Paro	,53	,221	,216	-,15	1,21
		Paro	1,48	1,623	,935	-3,53	6,48
	No cualificado	Profesiones liberales	,15	,101	,716	-,16	,46
		Funcionario	,22	,081	,130	-,03	,47
		Paro	-,04	,544	1,000	-1,71	1,64
	Profesiones liberales	Ama de casa	,17	,082	,388	-,09	,42
		No cualificado	-,15	,101	,716	-,46	,16
		Funcionario	,07	,094	,967	-,22	,36
	Funcionario	Paro	-,18	,546	,999	-1,86	1,50
		Ama de casa	,02	,095	1,000	-,27	,31
		No cualificado	-,22	,081	,130	-,47	,03
	Paro	Profesiones liberales	-,07	,094	,967	-,36	,22
		Paro	-,25	,543	,994	-1,93	1,42
		Ama de casa	-,05	,074	,976	-,28	,18
	Ama de casa	No cualificado	,04	,544	1,000	-1,64	1,71
		Profesiones liberales	,18	,546	,999	-1,50	1,86
		Funcionario	,25	,543	,994	-1,42	1,93
No cualificado	Ama de casa	,20	,543	,998	-1,47	1,87	
	No cualificado	-,17	,082	,388	-,42	,09	
	Profesiones liberales	-,02	,095	1,000	-,31	,27	
Profesiones liberales	Funcionario	,05	,074	,976	-,18	,28	
	Paro	-,20	,543	,998	-1,87	1,47	
	Paro	,12	,160	,970	-,38	,61	
Ama de casa	Funcionario	,17	,129	,786	-,23	,57	
	Paro	1,56	,864	,517	-1,11	4,22	
	Ama de casa	,17	,130	,770	-,23	,57	
Funcionario	No cualificado	-,12	,160	,970	-,61	,38	
	Funcionario	,05	,150	,998	-,41	,51	
	Paro	1,44	,867	,599	-1,23	4,11	
Profesiones liberales	Ama de casa	,06	,150	,997	-,41	,52	
	No cualificado	-,17	,129	,786	-,57	,23	
Funcionario	Profesiones	-,05	,150	,998	-,51	,41	

		liberales						
		Paro	1,39	,862	,629	-1,27	4,04	
		Ama de casa	,00	,117	1,000	-,36	,37	
	Paro	No cualificado	-1,56	,864	,517	-4,22	1,11	
		Profesiones liberales	-1,44	,867	,599	-4,11	1,23	
		Funcionario	-1,39	,862	,629	-4,04	1,27	
		Ama de casa	-1,38	,862	,632	-4,04	1,28	
	Ama de casa	No cualificado	-,17	,130	,770	-,57	,23	
		Profesiones liberales	-,06	,150	,997	-,52	,41	
		Funcionario	,00	,117	1,000	-,37	,36	
		Paro	1,38	,862	,632	-1,28	4,04	
GHQ-28- Escala C:AI	No cualificado	Profesiones liberales	,07	,131	,989	-,33	,48	
		Funcionario	,14	,106	,767	-,18	,47	
	Profesiones liberales	Paro	,67	,708	,925	-1,51	2,85	
		Ama de casa	,12	,106	,870	-,21	,45	
		No cualificado	-,07	,131	,989	-,48	,33	
		Funcionario	,07	,123	,988	-,31	,45	
	Funcionario	Paro	,60	,710	,951	-1,59	2,79	
		Ama de casa	,05	,123	,998	-,33	,42	
		No cualificado	-,14	,106	,767	-,47	,18	
		Profesiones liberales	-,07	,123	,988	-,45	,31	
	Paro	Paro	,53	,706	,968	-1,65	2,70	
		Ama de casa	-,02	,096	,999	-,32	,27	
		No cualificado	-,67	,708	,925	-2,85	1,51	
		Profesiones liberales	-,60	,710	,951	-2,79	1,59	
	Ama de casa	Funcionario	-,53	,706	,968	-2,70	1,65	
		Ama de casa	-,55	,706	,962	-2,73	1,63	
		No cualificado	-,12	,106	,870	-,45	,21	
		Profesiones liberales	-,05	,123	,998	-,42	,33	
	GHQ-28- Escala D:DS	No cualificado	Funcionario	,02	,096	,999	-,27	,32
			Paro	,55	,706	,962	-1,63	2,73
Profesiones liberales		Profesiones liberales	,06	,097	,981	-,24	,36	
		Funcionario	,08	,079	,900	-,16	,32	
		Paro	,55	,525	,895	-1,07	2,17	
		Ama de casa	,03	,079	,996	-,21	,28	
		No cualificado	-,06	,097	,981	-,36	,24	
		Funcionario	,02	,091	1,000	-,26	,30	
Paro	,49	,528	,931	-1,14	2,11			
		Ama de casa	-,03	,091	,999	-,31	,25	

EAT: Puntuación total	Funcionario	No cualificado	-.08	,079	,900	-.32	,16
		Profesiones liberales	-.02	,091	1,000	-.30	,26
	Paro	Paro Ama de casa	,47	,524	,938	-1,15	2,09
		No cualificado	-.05	,071	,980	-.27	,17
	Profesiones liberales	Paro	-.55	,525	,895	-2,17	1,07
		Funcionario	-.49	,528	,931	-2,11	1,14
	Ama de casa	Funcionario	-.47	,524	,938	-2,09	1,15
		Ama de casa	-.52	,524	,915	-2,13	1,10
	Profesiones liberales	No cualificado	-.03	,079	,996	-.28	,21
		Profesiones liberales	,03	,091	,999	-.25	,31
	Funcionario	Funcionario	,05	,071	,980	-.17	,27
		Paro	,52	,524	,915	-1,10	2,13
	Profesiones liberales	No cualificado	,26	,616	,997	-1,64	2,15
		Funcionario	,87	,498	,547	-.66	2,41
	Ama de casa	Paro	-.57	3,329	1,000	-10,83	9,69
		Ama de casa	,32	,500	,982	-1,22	1,86
	Profesiones liberales	No cualificado	-.26	,616	,997	-2,15	1,64
		Funcionario	,62	,578	,888	-1,17	2,40
	Funcionario	Paro	-.82	3,342	1,000	-11,12	9,48
		Ama de casa	,06	,580	1,000	-1,72	1,85
	Profesiones liberales	No cualificado	-.87	,498	,547	-2,41	,66
		Profesiones liberales	-.62	,578	,888	-2,40	1,17
	Paro	Paro	-1,44	3,322	,996	-11,68	8,80
		Ama de casa	-.55	,453	,828	-1,95	,84
	Profesiones liberales	No cualificado	,57	3,329	1,000	-9,69	10,83
		Profesiones liberales	,82	3,342	1,000	-9,48	11,12
	Funcionario	Funcionario	1,44	3,322	,996	-8,80	11,68
		Ama de casa	,89	3,322	,999	-9,35	11,13
Ama de casa	No cualificado	-.32	,500	,982	-1,86	1,22	
	Profesiones liberales	-.06	,580	1,000	-1,85	1,72	
Funcionario	Funcionario	,55	,453	,828	-.84	1,95	
	Paro	-.89	3,322	,999	-11,13	9,35	

\* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

**Subconjuntos homogéneos****Tabla 109: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	9	45,44
Funcionario	968	49,39
Profesiones liberales	424	49,70
Ama de casa	953	50,99
No cualificado	669	52,05
Sig.		,084

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,718.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 110: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Paro	9	12,22	
Funcionario	968	15,68	15,68
Profesiones liberales	424	15,91	15,91
Ama de casa	953	16,23	16,23
No cualificado	669		16,73
Sig.		,053	,957

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,718.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 111: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	9	12,00
Funcionario	968	12,74
Profesiones liberales	424	13,03
Ama de casa	953	13,19
No cualificado	669	13,40
Sig.		,673

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,718.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 112: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	9	20,11
Profesiones liberales	424	20,91
Funcionario	968	21,06
Ama de casa	953	21,59
No cualificado	669	21,95
Sig.		,548

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,718.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 113: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Funcionario	969	,97
Ama de casa	953	1,02
Profesiones liberales	424	1,04
No cualificado	672	1,19
Paro	9	1,22
Sig.		,971

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,721.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 114: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	9	,44
Ama de casa	953	1,83
Funcionario	969	1,83
Profesiones liberales	424	1,88
No cualificado	672	2,00
Sig.		,099

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,721.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 115: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	9	,78
Funcionario	968	1,30
Ama de casa	953	1,33
Profesiones liberales	423	1,37
No cualificado	671	1,45
Sig.		,708

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,718.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 116: GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Paro	9	,22
Funcionario	968	,69
Profesiones liberales	423	,71
Ama de casa	953	,74
No cualificado	672	,77
Sig.		,621

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,718.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 117: EAT: Puntuación total**

Scheffé

Profesión de la madre	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Funcionario	965	12,78
Ama de casa	953	13,34
Profesiones liberales	423	13,40
No cualificado	672	13,65
Paro	9	14,22
Sig.		,978

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 42,717.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANOVA de un factor FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVEN LOS ALUMNOS

Tabla 118: Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
TAS 20-Escala PT	Ambos padres	2928	50,71	10,646	,197	50,33	51,10	5	93
	Madre	220	49,00	10,359	,698	47,63	50,38	23	77
	Padre	29	51,55	11,719	2,176	47,09	56,01	20	80
	Abuelos	22	49,55	13,204	2,815	43,69	55,40	32	92
	Otros	8	46,13	9,109	3,221	38,51	53,74	35	57
	Total	3207	50,58	10,657	,188	50,21	50,95	5	93
TAS 20-Escala DIS	Ambos padres	2928	16,16	6,028	,111	15,94	16,38	2	40
	Madre	220	15,48	6,127	,413	14,67	16,30	7	33
	Padre	29	17,17	6,336	1,177	14,76	19,58	7	33
	Abuelos	22	15,64	7,027	1,498	12,52	18,75	7	35
	Otros	8	11,63	5,680	2,008	6,88	16,37	7	23
	Total	3207	16,11	6,048	,107	15,90	16,32	2	40
TAS 20-Escala DDS	Ambos padres	2928	13,10	4,206	,078	12,95	13,26	5	26
	Madre	220	12,72	4,486	,302	12,13	13,32	4	23
	Padre	29	13,28	4,259	,791	11,66	14,90	5	21
	Abuelos	22	12,86	4,714	1,005	10,77	14,95	6	23
	Otros	8	11,00	3,586	1,268	8,00	14,00	6	16
	Total	3207	13,07	4,229	,075	12,93	13,22	4	26
TAS 20-Escala PE	Ambos padres	2928	21,49	4,822	,089	21,32	21,67	8	44
	Madre	220	20,98	4,966	,335	20,32	21,64	9	41
	Padre	29	21,00	5,484	1,018	18,91	23,09	8	36
	Abuelos	22	20,91	5,571	1,188	18,44	23,38	15	36
	Otros	8	23,50	5,345	1,890	19,03	27,97	18	32
	Total	3207	21,45	4,845	,086	21,28	21,62	8	44
GHQ-28-Escala A:PS	Ambos padres	2932	1,04	1,618	,030	,98	1,10	0	20
	Madre	220	1,03	1,624	,110	,81	1,24	0	7
	Padre	29	1,07	1,557	,289	,48	1,66	0	7
	Abuelos	23	1,78	1,930	,402	,95	2,62	0	6
	Otros	8	1,13	1,885	,666	-,45	2,70	0	5
	Total	3212	1,04	1,621	,029	,99	1,10	0	20
GHQ-28-Escala B:DS	Ambos padres	2932	1,89	2,559	,047	1,80	1,98	0	13
	Madre	220	1,65	2,398	,162	1,34	1,97	0	13
	Padre	29	2,14	2,875	,534	1,04	3,23	0	10
	Abuelos	23	2,17	3,200	,667	,79	3,56	0	11
	Otros	8	1,13	2,100	,743	-,63	2,88	0	6
	Total	3212	1,88	2,555	,045	1,79	1,97	0	13
GHQ-28-Escala C:AI	Ambos padres	2929	1,36	2,107	,039	1,28	1,43	0	57
	Madre	220	1,17	1,713	,116	,94	1,40	0	7

GHQ-28- Escala D:DS	Padre	29	1,45	2,063	,383	,66	2,23	0	6
	Abuelos	23	1,52	2,213	,461	,56	2,48	0	6
	Otros	8	,63	1,061	,375	-,26	1,51	0	3
	Total	3209	1,34	2,081	,037	1,27	1,41	0	57
	Ambos padres	2930	,73	1,569	,029	,68	,79	0	9
	Madre	220	,57	1,338	,090	,39	,75	0	7
	Padre	29	,79	1,897	,352	,07	1,51	0	7
	Abuelos	23	1,09	2,021	,421	,21	1,96	0	7
	Otros	8	,25	,463	,164	-,14	,64	0	1
EAT: Puntuación total	Total	3210	,72	1,560	,028	,67	,78	0	9
	Ambos padres	2924	13,27	9,852	,182	12,92	13,63	0	**
	Madre	219	12,25	8,997	,608	11,05	13,44	1	59
	Padre	29	14,97	9,325	1,732	11,42	18,51	1	35
	Abuelos	22	14,09	16,174	3,448	6,92	21,26	2	68
	Otros	8	9,63	3,739	1,322	6,50	12,75	4	15
	Total	3202	13,21	9,838	,174	12,87	13,56	0	**

**Tabla 119: Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
TAS 20-Escala PT	,287	4	3202	,886
TAS 20-Escala DIS	,218	4	3202	,929
TAS 20-Escala DDS	,560	4	3202	,692
TAS 20- Escala PE	,120	4	3202	,975
GHQ-28-Escala A:PS	,766	4	3207	,547
GHQ-28-Escala B:DS	2,168	4	3207	,070
GHQ-28-Escala C:AI	1,814	4	3204	,123
GHQ-28-Escala D:DS	2,889	4	3205	,021
EAT: Puntuación total	2,027	4	3197	,088

Tabla 120: ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TAS 20-Escala PT	Inter-grupos	806,041	4	201,510	1,776	,131
	Intra-grupos	363326,059	3202	113,468		
	Total	364132,100	3206			
TAS 20-Escala DIS	Inter-grupos	293,706	4	73,427	2,010	,090
	Intra-grupos	116969,997	3202	36,530		
	Total	117263,703	3206			
TAS 20-Escala DDS	Inter-grupos	66,309	4	16,577	,927	,447
	Intra-grupos	57262,908	3202	17,883		
	Total	57329,217	3206			
TAS 20- Escala PE	Inter-grupos	99,870	4	24,968	1,064	,373
	Intra-grupos	75154,437	3202	23,471		
	Total	75254,307	3206			
GHQ-28-Escala A:PS	Inter-grupos	12,727	4	3,182	1,211	,304
	Intra-grupos	8428,818	3207	2,628		
	Total	8441,544	3211			
GHQ-28-Escala B:DS	Inter-grupos	19,976	4	4,994	,765	,548
	Intra-grupos	20940,448	3207	6,530		
	Total	20960,424	3211			
GHQ-28-Escala C:AI	Inter-grupos	12,355	4	3,089	,713	,583
	Intra-grupos	13878,581	3204	4,332		
	Total	13890,935	3208			
GHQ-28-Escala D:DS	Inter-grupos	10,225	4	2,556	1,051	,379
	Intra-grupos	7795,676	3205	2,432		
	Total	7805,901	3209			
EAT: Puntuación total	Inter-grupos	424,043	4	106,011	1,095	,357
	Intra-grupos	309377,558	3197	96,771		
	Total	309801,602	3201			

## Pruebas post hoc

Tabla 121: Comparaciones múltiples

		Scheffé						
Variable dependiente	(I) Familiares con los que convive el sujeto	(J) Familiares con los que convive el sujeto	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
TAS 20- Escala PT	Ambos padres	Madre	1,71	,745	,263	-,59	4,00	
		Padre	-,84	1,988	,996	-6,97	5,29	
		Abuelos	1,17	2,280	,992	-5,86	8,19	
		Otros	4,59	3,771	,830	-7,04	16,21	
	Madre	Ambos padres	-1,71	,745	,263	-4,00	,59	
		Padre	-2,55	2,104	,833	-9,03	3,94	
		Abuelos	-,54	2,382	1,000	-7,88	6,80	
		Otros	2,88	3,834	,967	-8,94	14,70	
	Padre	Ambos padres	,84	1,988	,996	-5,29	6,97	
		Madre	2,55	2,104	,833	-3,94	9,03	
		Abuelos	2,01	3,012	,979	-7,28	11,29	
		Otros	5,43	4,254	,804	-7,68	18,54	
	Abuelos	Ambos padres	-1,17	2,280	,992	-8,19	5,86	
		Madre	,54	2,382	1,000	-6,80	7,88	
		Padre	-2,01	3,012	,979	-11,29	7,28	
		Otros	3,42	4,398	,963	-10,13	16,97	
	Otros	Ambos padres	-4,59	3,771	,830	-16,21	7,04	
		Madre	-2,88	3,834	,967	-14,70	8,94	
		Padre	-5,43	4,254	,804	-18,54	7,68	
		Abuelos	-3,42	4,398	,963	-16,97	10,13	
	TAS 20- Escala DIS	Ambos padres	Madre	,68	,423	,627	-,62	1,98
			Padre	-1,01	1,128	,938	-4,49	2,47
			Abuelos	,53	1,293	,997	-3,46	4,51
			Otros	4,54	2,140	,343	-2,06	11,13
Madre		Ambos padres	-,68	,423	,627	-1,98	,62	
		Padre	-1,69	1,194	,735	-5,37	1,99	
		Abuelos	-,15	1,351	1,000	-4,32	4,01	
		Otros	3,86	2,175	,534	-2,85	10,56	
Padre		Ambos padres	1,01	1,128	,938	-2,47	4,49	
		Madre	1,69	1,194	,735	-1,99	5,37	
		Abuelos	1,54	1,709	,937	-3,73	6,80	
		Otros	5,55	2,414	,260	-1,89	12,99	
Abuelos		Ambos padres	-,53	1,293	,997	-4,51	3,46	
		Madre	,15	1,351	1,000	-4,01	4,32	
		Padre	-1,54	1,709	,937	-6,80	3,73	
		Otros	4,01	2,495	,630	-3,68	11,70	
Otros		Ambos padres	-4,54	2,140	,343	-11,13	2,06	
		Madre	-3,86	2,175	,534	-10,56	2,85	
		Padre	-5,55	2,414	,260	-12,99	1,89	
		Abuelos	-4,01	2,495	,630	-11,70	3,68	
TAS 20- Escala DDS		Ambos padres	Madre	,38	,296	,798	-,53	1,29
			Padre	-,17	,789	1,000	-2,60	2,26

TAS 20- Escala PE	Madre	Abuelos	,24	,905	,999	-2,55	3,03	
		Otros	2,10	1,497	,740	-2,51	6,72	
		Ambos padres	-,38	,296	,798	-1,29	,53	
	Padre	Padre	-,55	,835	,979	-3,13	2,02	
		Abuelos	-,14	,946	1,000	-3,06	2,77	
		Otros	1,72	1,522	,865	-2,97	6,41	
	Padre	Ambos padres	,17	,789	1,000	-2,26	2,60	
		Madre	,55	,835	,979	-2,02	3,13	
		Abuelos	,41	1,196	,998	-3,27	4,10	
	Abuelos	Otros	2,28	1,689	,770	-2,93	7,48	
		Ambos padres	-,24	,905	,999	-3,03	2,55	
		Madre	,14	,946	1,000	-2,77	3,06	
	Otros	Padre	-,41	1,196	,998	-4,10	3,27	
		Otros	1,86	1,746	,888	-3,52	7,24	
		Ambos padres	-2,10	1,497	,740	-6,72	2,51	
	Ambos padres	Madre	-1,72	1,522	,865	-6,41	2,97	
		Padre	-2,28	1,689	,770	-7,48	2,93	
		Abuelos	-1,86	1,746	,888	-7,24	3,52	
	GHQ-28- Escala A:PS	Ambos padres	Madre	,51	,339	,682	-,53	1,56
			Padre	,49	,904	,990	-2,30	3,28
			Abuelos	,58	1,037	,989	-2,61	3,78
		Madre	Otros	-2,01	1,715	,849	-7,30	3,28
			Ambos padres	-,51	,339	,682	-1,56	,53
			Padre	-,02	,957	1,000	-2,97	2,93
		Padre	Abuelos	,07	1,083	1,000	-3,27	3,41
			Otros	-2,52	1,744	,719	-7,90	2,85
			Ambos padres	-,49	,904	,990	-3,28	2,30
Abuelos		Madre	,02	,957	1,000	-2,93	2,97	
		Otros	,09	1,370	1,000	-4,13	4,31	
		Ambos padres	-2,50	1,935	,796	-8,46	3,46	
Otros		Abuelos	-,58	1,037	,989	-3,78	2,61	
		Madre	-,07	1,083	1,000	-3,41	3,27	
		Padre	-,09	1,370	1,000	-4,31	4,13	
Ambos padres		Otros	-2,59	2,000	,795	-8,76	3,57	
		Ambos padres	2,01	1,715	,849	-3,28	7,30	
		Madre	2,52	1,744	,719	-2,85	7,90	
Padre		Padre	2,50	1,935	,796	-3,46	8,46	
		Abuelos	2,59	2,000	,795	-3,57	8,76	
		Madre	,01	,113	1,000	-,34	,36	
Madre		Padre	-,03	,303	1,000	-,96	,90	
		Abuelos	-,74	,339	,310	-1,79	,30	
		Otros	-,09	,574	1,000	-1,85	1,68	
Padre		Ambos padres	-,01	,113	1,000	-,36	,34	
		Padre	-,04	,320	1,000	-1,03	,95	
		Abuelos	-,76	,355	,340	-1,85	,34	
Abuelos	Otros	-,10	,584	1,000	-1,90	1,70		
	Ambos padres	,03	,303	1,000	-,90	,96		
	Madre	,04	,320	1,000	-,95	1,03		
Abuelos	Abuelos	-,71	,453	,647	-2,11	,68		
	Otros	-,06	,647	1,000	-2,05	1,94		
	Ambos padres	,74	,339	,310	-,30	1,79		

GHQ-28- Escala B:DS	Otros	Madre	,76	,355	,340	-,34	1,85
		Padre	,71	,453	,647	-,68	2,11
		Otros	,66	,665	,913	-1,39	2,71
	Ambos padres	Ambos padres	,09	,574	1,000	-1,68	1,85
		Madre	,10	,584	1,000	-1,70	1,90
		Padre	,06	,647	1,000	-1,94	2,05
	Ambos padres	Abuelos	-,66	,665	,913	-2,71	1,39
		Madre	,24	,179	,782	-,31	,79
		Padre	-,25	,477	,992	-1,72	1,22
	Madre	Abuelos	-,28	,535	,991	-1,93	1,37
		Otros	,77	,905	,949	-2,02	3,55
		Ambos padres	-,24	,179	,782	-,79	,31
	Padre	Padre	-,48	,505	,922	-2,04	1,07
		Abuelos	-,52	,560	,930	-2,25	1,21
		Otros	,53	,920	,988	-2,31	3,36
	Ambos padres	Ambos padres	,25	,477	,992	-1,22	1,72
		Madre	,48	,505	,922	-1,07	2,04
		Abuelos	-,04	,713	1,000	-2,23	2,16
Abuelos	Otros	1,01	1,020	,912	-2,13	4,16	
	Ambos padres	,28	,535	,991	-1,37	1,93	
	Madre	,52	,560	,930	-1,21	2,25	
Otros	Padre	,04	,713	1,000	-2,16	2,23	
	Otros	1,05	1,049	,910	-2,18	4,28	
	Ambos padres	-,77	,905	,949	-3,55	2,02	
Ambos padres	Madre	-,53	,920	,988	-3,36	2,31	
	Padre	-1,01	1,020	,912	-4,16	2,13	
	Abuelos	-1,05	1,049	,910	-4,28	2,18	
GHQ-28- Escala C:AI	Ambos padres	Madre	,19	,145	,799	-,26	,64
		Padre	-,09	,388	1,000	-1,29	1,10
		Abuelos	-,17	,436	,997	-1,51	1,18
	Madre	Otros	,73	,737	,912	-1,54	3,00
		Ambos padres	-,19	,145	,799	-,64	,26
		Padre	-,28	,411	,977	-1,55	,99
	Padre	Abuelos	-,35	,456	,963	-1,76	1,05
		Otros	,54	,749	,971	-1,77	2,85
		Ambos padres	,09	,388	1,000	-1,10	1,29
	Abuelos	Madre	,28	,411	,977	-,99	1,55
		Abuelos	-,07	,581	1,000	-1,86	1,72
		Otros	,82	,831	,913	-1,74	3,38
	Otros	Ambos padres	,17	,436	,997	-1,18	1,51
		Madre	,35	,456	,963	-1,05	1,76
		Padre	,07	,581	1,000	-1,72	1,86
	Ambos padres	Otros	,90	,854	,894	-1,74	3,53
		Ambos padres	-,73	,737	,912	-3,00	1,54
		Madre	-,54	,749	,971	-2,85	1,77
Ambos padres	Padre	-,82	,831	,913	-3,38	1,74	
	Abuelos	-,90	,854	,894	-3,53	1,74	
	Madre	,16	,109	,707	-,18	,50	
GHQ-28- Escala D:DS	Ambos padres	Padre	-,06	,291	1,000	-,96	,84
		Abuelos	-,35	,326	,882	-1,36	,65
		Otros	,48	,552	,943	-1,22	2,18

EAT: Puntuación total	Madre	Ambos padres	-,16	,109	,707	-,50	,18
		Padre	-,22	,308	,972	-1,17	,73
		Abuelos	-,51	,342	,687	-1,57	,54
		Otros	,32	,561	,988	-1,41	2,05
	Padre	Ambos padres	,06	,291	1,000	-,84	,96
		Madre	,22	,308	,972	-,73	1,17
		Abuelos	-,29	,435	,978	-1,64	1,05
		Otros	,54	,623	,944	-1,38	2,46
	Abuelos	Ambos padres	,35	,326	,882	-,65	1,36
		Madre	,51	,342	,687	-,54	1,57
		Padre	,29	,435	,978	-1,05	1,64
		Otros	,84	,640	,789	-1,14	2,81
	Otros	Ambos padres	-,48	,552	,943	-2,18	1,22
		Madre	-,32	,561	,988	-2,05	1,41
		Padre	-,54	,623	,944	-2,46	1,38
		Abuelos	-,84	,640	,789	-2,81	1,14
	Ambos padres	Madre	1,03	,689	,696	-1,10	3,15
		Padre	-1,69	1,836	,932	-7,35	3,97
		Abuelos	-,82	2,105	,997	-7,31	5,67
		Otros	3,65	3,483	,895	-7,09	14,38
	Madre	Ambos padres	-1,03	,689	,696	-3,15	1,10
		Padre	-2,72	1,944	,744	-8,71	3,27
		Abuelos	-1,84	2,200	,951	-8,63	4,94
		Otros	2,62	3,541	,969	-8,29	13,53
	Padre	Ambos padres	1,69	1,836	,932	-3,97	7,35
		Madre	2,72	1,944	,744	-3,27	8,71
		Abuelos	,87	2,781	,999	-7,70	9,45
		Otros	5,34	3,929	,764	-6,77	17,45
Abuelos	Ambos padres	,82	2,105	,997	-5,67	7,31	
	Madre	1,84	2,200	,951	-4,94	8,63	
	Padre	-,87	2,781	,999	-9,45	7,70	
	Otros	4,47	4,061	,877	-8,05	16,98	
Otros	Ambos padres	-3,65	3,483	,895	-14,38	7,09	
	Madre	-2,62	3,541	,969	-13,53	8,29	
	Padre	-5,34	3,929	,764	-17,45	6,77	
	Abuelos	-4,47	4,061	,877	-16,98	8,05	

**Subconjuntos homogéneos****Tabla 122: TAS 20-Escala PT**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Otros	8	46,13
Madre	220	49,00
Abuelos	22	49,55
Ambos padres	2928	50,71
Padre	29	51,55
Sig.		,543

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 23,829.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 123: TAS 20-Escala DIS**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Otros	8	11,63	
Madre	220	15,48	15,48
Abuelos	22	15,64	15,64
Ambos padres	2928	16,16	16,16
Padre	29		17,17
Sig.		,152	,920

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 23,829.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 124: TAS 20-Escala DDS**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Otros	8	11,00
Madre	220	12,72
Abuelos	22	12,86
Ambos padres	2928	13,10
Padre	29	13,28
Sig.		,486

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 23,829.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 125: TAS 20- Escala PE**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Abuelos	22	20,91
Madre	220	20,98
Padre	29	21,00
Ambos padres	2928	21,49
Otros	8	23,50
Sig.		,492

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 23,829.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 126: GHQ-28-Escala A:PS**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Madre	220	1,03
Ambos padres	2932	1,04
Padre	29	1,07
Otros	8	1,13
Abuelos	23	1,78
Sig.		,625

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 24,056.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 127: GHQ-28-Escala B:DS**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Otros	8	1,13
Madre	220	1,65
Ambos padres	2932	1,89
Padre	29	2,14
Abuelos	23	2,17
Sig.		,731

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 24,056.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 128: GHQ-28-Escala C:AI**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Otros	8	,63
Madre	220	1,17
Ambos padres	2929	1,36
Padre	29	1,45
Abuelos	23	1,52
Sig.		,693

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 24,056.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 129:GHQ-28-Escala D:DS**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Otros	8	,25
Madre	220	,57
Ambos padres	2930	,73
Padre	29	,79
Abuelos	23	1,09
Sig.		,483

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 24,056.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Tabla 130: EAT: Puntuación total**

Scheffé

Familiares con los que convive el sujeto	N	Subconjunto para alfa = .05
		1
Otros	8	9,63
Madre	219	12,25
Ambos padres	2924	13,27
Abuelos	22	14,09
Padre	29	14,97
Sig.		,476

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a Usa el tamaño muestral de la media armónica = 23,827.

b Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

---

## **2- INSTRUMENTOS**

---

**FICHA DE RECOGIDA DE DATOS**

**ALUMNO/A:**.....**CURSO**...../.....

**Edad:**.....**Fecha de Nacimiento:**...../...../..... **Lugar:**.....

**Provincia:**.....**CENTRO:** Público ( ) Privado ( ).

**Edad del Padre:**..... **Profesión:**..... **Edad de la Madre:**.....

**Profesión:**.....**Familiares con los que convives:**.....

**Por favor, conteste con sinceridad a estas preguntas, en base a la escala:**

- |          |                                |          |                                |          |  |          |                             |          |                          |
|----------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|--|----------|-----------------------------|----------|--------------------------|
| <b>1</b> | Totalmente<br>en<br>desacuerdo | <b>2</b> | Moderadamente<br>en desacuerdo | <b>3</b> | No sé.<br>Ni de acuerdo<br>ni en<br>desacuerdo | <b>4</b> | Moderadamente<br>de acuerdo | <b>5</b> | Totalmente<br>de acuerdo |
|----------|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|--|----------|-----------------------------|----------|--------------------------|

1. A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.....
2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos .....
3. Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden .....
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.....
5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos .....
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado .....
7. A menudo estoy hecho un lío con las sensaciones que noto en mi cuerpo.....
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido así .....
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar .....
10. Es esencial estar en contacto y sentir emociones o sentimientos .....
11. Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente .....
12. La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos .....
13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí.....
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado.....
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos .....
16. Prefiero ver en la TV programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos .....
17. Me es difícil revelar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos.....
18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, incluso en momentos de silencio .....
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales .....
20. Buscar el significado profundo de las películas distrae de la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse.....

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado su salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente poniendo una X en la casilla que más se acerque a lo que usted siente o ha sentido. Recuerde que no queremos saber los problemas que haya podido tener en el pasado, sino lo reciente y actual. Muchas gracias por su colaboración.

### ÚLTIMAMENTE

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mejor que lo habitual      |
| <input type="checkbox"/> | Igual que lo habitual      |
| <input type="checkbox"/> | Peor que lo habitual       |
| <input type="checkbox"/> | Mucho peor que lo habitual |
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?
- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto              |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual       |
| <input type="checkbox"/> | Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual    |
3. ¿Se ha sentido agotad@ y sin fuerzas para nada?
- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto              |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual       |
| <input type="checkbox"/> | Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual    |
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enferm@?
- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto              |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual       |
| <input type="checkbox"/> | Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual    |
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto              |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual       |
| <input type="checkbox"/> | Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual    |
6. ¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?
- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No, en absoluto              |
| <input type="checkbox"/> | No más que lo habitual       |
| <input type="checkbox"/> | Bastante más que lo habitual |
| <input type="checkbox"/> | Mucho más que lo habitual    |

**NOTA:** Este Test, iría en dos páginas, pero ante la imposibilidad de los márgenes, lo hemos puesto en tres para su desarrollo completo.

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual
9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual
10. ¿Se ha notado constantemente agobiad@ y en tensión?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorad@?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual

14. ¿Se ha notado nervios@ y “a punto de explotar” constantemente?  
 No, en absoluto  
 No más que lo habitual  
 Bastante más que lo habitual  
 Mucho más que lo habitual
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?  
 Más activo que lo habitual  
 Igual que lo habitual  
 Bastante menos que lo habitual  
 Mucho menos que lo habitual
16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?  
 Más rápido que lo habitual  
 Igual que lo habitual  
 Más tiempo que lo habitual  
 Mucho más tiempo que lo habitual
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?  
 Mejor que lo habitual  
 Aproximadamente lo mismo  
 Peor que lo habitual  
 Mucho peor que lo habitual
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?  
 Más satisfecho  
 Aproximadamente lo mismo que lo habitual  
 Menos satisfecho que lo habitual  
 Mucho menos satisfecho
19. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?  
 Más tiempo que lo habitual  
 Igual que lo habitual  
 Menos útil que lo habitual  
 Mucho menos útil que lo habitual
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?  
 Más que lo habitual  
 Igual que lo habitual  
 Menos que lo habitual  
 Mucho menos capaz que lo habitual

21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

	Más que lo habitual
	Igual que lo habitual
	Menos útil que lo habitual
	Mucho menos que lo habitual

22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

	No, en absoluto
	No más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual

23. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

	No, en absoluto
	No más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual

24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

	No, en absoluto
	No más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual

25. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

	Claramente, no
	Me parece que no
	Se me ha cruzado por la mente
	Claramente lo he pensado

26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

	No, en absoluto
	No más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual

27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

	No, en absoluto
	No más que lo habitual
	Bastante más que lo habitual
	Mucho más que lo habitual

28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?

	Claramente, no
	Me parece que no
	Se me ha cruzado por la mente
	Claramente lo he pensado

Por favor coloque una **X** sobre la casilla que mejor refleje su situación para cada una de las frases enumeradas a continuación. Todos los resultados serán estrictamente confidenciales. La mayoría de las frases se refieren a las comidas o a los alimentos, pero también se han incluido otro tipo de cuestiones. Por favor conteste cuidadosamente cada pregunta. Gracias.

	SIEMPRE	MUY A MENU DO	A MENU DO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comidas para otros pero no como lo que cocino.						
3. Me pongo ansioso antes de comer.						
4. Me aterroriza tener sobrepeso.						
5. Evito el comer cuando tengo hambre.						
6. Me preocupo por la comida.						
7. He continuado comiendo de forma excesiva mientras sentía que era incapaz de parar.						
8. Parto mi comida en trozos pequeños.						
9. Conozco el contenido en calorías de los alimentos que como.						
10. Evito en especial las comidas con alto contenido en carbohidratos (pan, patatas.)						
11. Me siento inflada tras las comidas.						
12. Siento que a los demás les gustaría que yo comiera más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.						
16. Hago enérgicos ejercicios para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Me gusta comer carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Como la misma comida día tras día.						
23. Tengo menstruaciones regulares.						
24. Otra gente piensa que estoy demasiado delgada.						
25. Me preocupa la idea de tener grasas en mi cuerpo.						
26. Me cuesta más que a los demás tomar mis comidas.						
27. Me gusta comer en restaurantes.						
28. Tomo laxantes.						
29. Evito comidas que contengan azúcar.						
30. Como alimentos dietéticos.						
31. Siento que la comida controla mi vida.						
32. Me controlo con los alimentos.						
33. Siento que los demás me presionan para comer						
34. Dedico demasiado tiempo y pensamientos a la comida.						
35. Sufro de estreñimiento.						
36. Me siento incómoda tras comer dulces.						
37. Me ocupo en hacer dietas de régimen.						
38. Me gusta que mi estómago esté vacío.						
39. Me gusta probar comidas ricas.						
40. Tengo el impulso de vomitar después de comer.						