

1991 - Número 4

REVISTA DE LA **S**OCIEDAD
ESPAÑOLA DEL **R**ORSCHACH **Y**
METODOS **P**ROYECTIVOS

4

■ S · E · R · Y · M · P ■

Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

(Fundada en 1988)

Esta revista es la única publicación de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos (Pasaje Marimón, 7, principal 1.ª y 2.ª. 08021 Barcelona).

La principal misión de la revista es cumplir con los fines de la Sociedad. Se tendrán en cuenta para su publicación las contribuciones originales a la teoría y a la aplicación del enfoque proyectivo en psicología.

Se aceptarán artículos sobre el uso y desarrollo de las Técnicas Projectivas en las áreas clínicas y de investigación, estudios transculturales y reseñas bibliográficas. Los autores deberán leer las "normas para la presentación de trabajos" al final de esta revista.

CORRESPONDENCIA CON EL EDITOR: Dr. Vera Campo. C/ Fernando Agulló, 24, sobreático. 08021 Barcelona. Teléfono (93) 209 29 23.

SECRETARIA DE REDACCION: Ana M.ª Tuset. Paseo S. Gervasio, 73, 1.ª, 4.ª. 08022 Barcelona. Teléfono (93) 212 52 61.

COMITE DE CONSULTORES: Gloria Aguirre, Francisco Campillo, Ventura Ferrer, Alicia Manchón, Emilia M. Megias, José Peinado, Montserrat Ros, Silvia Viel, Nancy Vilar, María Vives.

SUSCRIPCIONES: Ana M.ª Tuset. Paseo S. Gervasio, 73, 1.ª, 4.ª. 08022 Barcelona. Teléfono (93) 212 52 61.

La Revista se publicará anualmente (Diciembre) y se distribuirá gratuitamente a todos los miembros de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos.

Suscripción a la Sociedad:		5.000 ptas.
Suscripción a la Revista:	España	800 ptas.
	Extranjero	12 \$ U. S.
Números atrasados:		1.000 ptas.

Al final de esta Revista aparece información complementaria sobre la Sociedad.

ANUNCIOS: Se aceptan anuncios de una o media página. Los detalles sobre las tarifas deben pedirse a la Secretaria de Redacción.

Indice

Editorial	3
Sobre competencia y ética en la evaluación psicodiagnóstica I. B. Weiner	4
Un sistema integrado de base empírica para el Test de Apercepción Temática: Nuevas propuestas para su aplicación y valoración A. Avila	9
Perversión y psicosis P. Pérez, A. Tamayo, M. I. Plumed, N. Briones y C. Aznar	18
Consideraciones acerca del narcisismo: Estudio de un grupo de sujetos con respuestas de reflejo en el Rorschach V. Campo, F. Galan y F. Rovira	33
Evaluación del autoconcepto en parapléjicos a través del Rorschach P. Ortiz	39
El Rorschach de Rorschach es el Rorschach F. Silberstein	50
Resúmenes tesis	
Análisis de las respuestas al test de Rorschach de un grupo de sujetos afectados de un primer infarto de miocardio A. M. ^a Tuset	54
Adolescencia y procesos de identificación G. Aguirre	56
Cartas al editor	59
Notas y noticias	59
Revista de libros	61
Revista de revistas	63
Normas para la presentación de trabajos	66
Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos	67

Editorial

Hasta este momento la Revista no ha tenido problemas con escasez o excesiva riqueza de material para publicar. O sea, se evidencia un equilibrio entre oferta y demanda para esta reducida publicación anual. Este estado de cosas me alegra porque -en general- no ha habido que rechazar, no fue necesario confeccionar una lista de espera, ni tampoco rogar a posibles autores para que escribiesen artículos; y así los consultores tampoco han tenido trabajo.

Lo único que hasta este momento ha preocupado seriamente tanto a editora como a secretaria, es en primerísimo lugar el solo relativo respeto de los autores por las normas para la presentación de trabajos. Y en un muy segundo lugar, el hecho que algunos prometen y luego no cumplen. Afortunadamente la previsión ha podido subsanar estos últimos fallos. En cuanto a los primeros, implican más horas de trabajo cuando no la devolución al autor del artículo en cuestión.

Propongo poner mi cargo a disposición de la Junta el año próximo, después del No.5, con el fin de que mi labor sea evaluada y mi reemplazo considerado.

Sobre competencia y ética en la evaluación psicodiagnóstica

Irving B. Weiner

Para funcionar competentemente, los psicodiagnos-ticadores deben tener un sentido preciso de lo que sus tests pueden y no pueden hacer. Para funcionar éticamente, deben actuar en consecuencia, expresar sólo opiniones que estén en consonancia con el estatus actual de la validación de los datos. Los psicólogos que ensalzan los tests como dando más de sí de lo que es conocido que pueden hacer, o que los denigran como haciendo menos de lo que es conocido, no se están comportando éticamente.

Frecuentemente se pide a los psicólogos que trabajan en evaluación psicodiagnóstica que comenten acerca de la validez de sus instrumentos. Influenciados por la necesidad de apuntalar sus opiniones y asegurar su valor como profesionales, a veces se pueden sentir tentados de reclamar más certeza para sus conclusiones de lo que puede ser documentado y de entender los hallazgos de los tests más allá de los límites de relevancia conocidos. Otras, buscando evitar cualquier apariencia de haber ido más allá de los hechos o haberse desviado de certezas razonables, pueden sentirse tentados de mal vender sus técnicas de evaluación y de minimizar la información válida y útil que puede ser extraída de sus hallazgos.

Sin embargo, ni la fanfarronería ni la timidez sirven bien a los propósitos profesionales y los psicólogos deberían resistir ser tentados en cualquiera de estas direcciones. En cambio deberían basarse en un análisis cuidadoso de lo que sus tests pueden y no pueden hacer, guiados por la diferenciación entre tres tipos de preguntas planteadas por quienes les consultan, que difieren en cuán definitivamente esas preguntas pueden ser contestadas. Un tipo de pregunta se refiere a aspectos del funcionamiento psicológico actual, como la capacidad intelectual o el nivel de ansiedad. Estas preguntas usualmente pueden ser contestadas bastante directa y objetivamente con instrumentos contruidos para esos fines, en la escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS) y en el inventario de angustia estado-rasgo (STAI), por ejemplo, la inteligencia y el nivel de ansiedad respectivamente son usualmente indicados con considerable certeza por la ejecución del sujeto. Sin embargo, evaluaciones tan estrechamente enfocadas, aunque pueden ser válidas, rara vez satisfacen ni a quienes las piden ni a los que las

proveen. La consulta psicológica se refiere típicamente a la manera en que aspectos tan específicos del funcionamiento psicológico se combinan para aclarar rasgos más amplios de las capacidades y recursos o estilos de adaptación de una persona.

De acuerdo con esto, un segundo tipo de pregunta concierne a la presencia de algún estado o condición, tal como si la persona es esquizofrénica o no puede aprender, tiene un desorden de estrés post-traumático o necesita terapia. El grado de certeza con el que se puede contestar a cuestiones de este tipo depende de: a) la claridad y fiabilidad con la que una condición planteada ha sido delineada en términos de funcionamiento psicológico, y b) la adecuación con la que las funciones psicológicas que identifican la condición pueden ser medidas por los tests que el psicólogo está utilizando. Cuanto más completamente es comprendida una condición y cuanto más precisamente pueden ser evaluadas sus manifestaciones psicológicas, tanto más seguramente su presencia o ausencia puede ser inferida de los datos psicodiagnósticos ofrecidos por tests. Sin embargo, el papel inevitable jugado por la inferencia al contestar este segundo tipo de cuestión, significa que los psicólogos raramente pueden estar tan seguros de sí mismos como cuando sólo están descubriendo un funcionamiento en respuesta a cuestiones del primer tipo. Los examinadores que comentan acerca de la presencia de un estado o condición deben mantener presente en qué medida son inferencias y expresar sus opiniones concordantemente con un grado de certeza en consonancia con cuán estrechamente los datos de tests corresponden a corolarios conocidos de condiciones específicas de características psicológicas. Un tercer tipo de cuestión concierne a predicciones de la conducta, como ver si una persona es potencialmente peligrosa o autoagresiva o podría aprovechar una terapia o ser un buen padre/madre. Lo acertadamente que se pueden contestar tales cuestiones a través de la evaluación psicodiagnóstica depende del grado en que factores psicológicos individuales determinen la conducta en cuestión, frente a factores ambientales y/o no psicológicos. En la medida en que las variables intelectuales o de personalidad expliquen la conducta que va a predecirse tanto más efectivamente puede ser usada la evaluación psicodiagnóstica. Tener buenas notas en la escuela, participar activamente en una psicoterapia y actuar en forma autodestructiva son ejemplos de conductas que tienen considerables determinantes psicológicos individuales y que, en muchos casos, los datos de los tests pueden ayudar a predecir. Aún así, numerosas circunstancias no relacionadas a, o inmedibles por, los tests psicológicos influirán sobre el resultado de tales conductas. Por lo tanto, presentar predicciones acerca de ellas con cualquier sugerencia de certeza es injustificable y desacertado. Asimismo hay casos en los cuales aún predicciones tentativas,

únicamente basadas en la evaluación psicodiagnóstica, son difíciles de justificar. Por ejemplo, en pacientes seriamente trastornados que son dados de alta de hospitales y en criminales que salen de prisión, hay buenas razones para creer que su capacidad para permanecer en la comunidad sería principalmente determinada por la naturaleza del ambiente al que vuelven. En el mejor de los casos, los datos de los tests psicodiagnósticos contribuyen débilmente para la predicción en estos casos y, a la luz del conocimiento actual, no deberían ser retratados de modo diferente en la práctica clínica.

La referencia al conocimiento actual invoca al tema principal de este artículo. Expresar certeza en relación con el tipo de pregunta planteada por la consulta contribuye a lograr consultas efectivas sólo cuando los psicodiagnósticos: a) saben lo que sus tests pueden hacer y b) actúan en consecuencia.

La medida de la competencia de un psicodiagnóstico es saber lo que los tests utilizados pueden hacer, esto es, qué funciones psicológicas describen con precisión y qué conclusiones diagnósticas pueden ser inferidas de ellos, con qué grado de certeza. Actuar en consecuencia, esto es, expresar sólo opiniones en consonancia con el status actual de validez de los datos, es la medida de su ética. Hay circunstancias en las que psicodiagnósticos competentes enfrentan dilemas los que abruman su juicio de cómo mejor utilizar su conocimiento de lo que los tests pueden hacer. En este sentido tal vez lo más común es elegir entre un diagnóstico más o menos grave al informar a un tercero. El diagnóstico más serio puede ayudar a la persona a obtener el tratamiento necesario y el pago del seguro. El diagnóstico menos serio puede ahorrarle figurar en el registro oficial de la salud mental que podrá ser usado perjudicialmente para el interesado en algún momento futuro. Presumiblemente, se podrán sopesar los datos de los tests sóloamente, elegir el diagnóstico que mejor se ajusta a estos, y dejar que la suerte resuelva. Sin embargo, en la práctica, datos de encuestas realizadas indican que a menudo los psicólogos luchan con este tipo de situaciones, especialmente cuando los datos justifican más de una opción, y difieren en las alternativas hacia las cuales se inclinan. Los psicodiagnósticos competentes raramente pueden evitar del todo habérselas con áreas grises de la ética, especialmente en cuestiones que todavía no han sido codificadas. Dos profesionales igualmente éticos pueden terminar conduciéndose en forma distinta, en tales circunstancias, lamentablemente, también hay veces que profesionales competentes ejercen juicios pobres en ausencia de dilema ético alguno. Tanto el examinador acosado por las prisas que ahorra tiempo firmando con su nombre una interpretación de computadora y que lo envía como informe, como el psicólogo experto testigo que infla sus credenciales

para dar peso a su testimonio, son inmorales, aún cuando ambos pueden ser muy competentes.

Aún cuando es posible, por lo tanto, ser competente en el trabajo psicodiagnóstico sin ser ético, no es posible ser ético sin ser competente. La competencia es un pre-requisito para la ética y psicólogos que practican o enseñan el psicodiagnóstico sin estar plenamente informados respecto de lo que los tests pueden y no pueden hacer, se están comportando inmoralmen- te.

Como ejemplo de tal inmoralidad en la práctica, hemos oído decir a un psicólogo al comentar la evaluación de un pretendido abuso sexual que iedentificaba un "cierto signo". Si una chica ve la Lámina IV del Rorschach como un "árbol invertido", entonces ha sido víctima de abuso sexual. Cualquiera que fuera el tortuoso razonamiento avanzado a favor de tal inferencia, no hay ni una pizca de evidencia empírica para apoyarla. Verdaderamente hay muy poca evidencia para sostener cualquier relación isomórfica entre respuestas específicas del Rorschach y eventos conductuales específicos. Los psicólogos que, no obstante, usan las respuestas del Rorschach de esta manera se están comportando inmoralmen- te, en virtud de ser incompeten- tes. De manera similar, profesores, supervisadores y autores que ensalzan los tests como capaces de hacer más de lo que es sabido que hacen o que los denigran como haciendo menos de lo que es conocido que hacen, se están comportando inmoralmen- te.

La relación integral entre competencia y ética subraya la importancia de que los psicodiagnosticadores se mantengan al tanto de su campo. Es interesante señalar que hay una gran diferencia entre el psicodiagnóstico y la psicoterapia. En este sentido durante los últimos 30 años se han dado desarrollos substanciosos en la teoría y práctica de la intervención psicoló- gica, muchas nuevas modalidades, la aplicación de estas modalidades a un número mucho más extendido de pacientes y grupos de clientes, y una voluminosa producción de datos de investigación. Sin embargo, si yo, como clínico formado en los años cincuenta condujera sesiones de tratamiento ahora como aprendí entonces, trabajando con pacientes apropiados para la psicoterapia dinámicamente orientada y, con mi mejor juicio, estaré prove- yendo un servicio competente. Si me sintiera un poco herrumbrado podría recurrir a los mismos textos sobre psicoterapia dinámica que estudiaba entonces y recibiría guías sólidas de acuerdo a pautas actuales. Pero sería distinto si practicara el psicodiagnóstico tal como lo aprendí hace 30 años y me dirigiera a los textos entonces disponibles para guiarme. Dejando de lado a tests nuevos que han sido desarrollados en el interín, considérese utilizar hoy día instrumentos diagnósticos tradicionales y principales como el Wechsler, el Rorschach y el Inventario Multifásico de Personalidad de Min-

nesota, como eran utilizados entonces, sin las formas revisadas, datos normativos ampliados y numerosas innovaciones de clasificación e interpretación que han sido desarrollados para facilitar la inferencia diagnóstica. Al contrario del psicoterapeuta que despertase de un sueño de 30 años y volviese a trabajar competentemente, el diagnosticador en ropas tan viejas sería incompetente.

Esta observación atestigua la evolución dinámica y la marcha del cambio en la evaluación psicodiagnóstica, para la cual el pasaje de sólo unos pocos años, sin hablar de 30, es suficiente para desembarcar a los profesionales que no se han mantenido al día en el umbral de la inmoralidad. Para sostener la práctica ética del psicodiagnóstico, los psicólogos necesitan combinar buen juicio con competencia, apoyada en una atención constante a la nueva información emergente con respecto a lo que los tests pueden y no pueden hacer.

Un sistema integrado de base empírica para el test de apercepción temática: Nuevas propuestas para su aplicación y valoración

Alejandro Avila

INTRODUCCIÓN

Transcurridas cinco décadas desde la primera presentación pública del **Thematic Apperception Test** (Morgan y Murray, 1935) y de su coetáneo **Four Picture Test** (Van Lennep y Houwink, 1930), las técnicas temáticas continúan ocupando un lugar preeminente en la escena de la evaluación psicológica y psicodiagnóstica, y en especial entre sus aplicaciones clínicas.

Es ya bien conocido que en los años sesenta se inició un proceso de re-evaluación de la teoría y método de los tests proyectivos, desde el punto de vista de someter la situación de test, y el proceso de la respuesta proyectiva, al método experimental, y en la medida de que este fuese inaplicable, a un riguroso control y descripción empírica (Murstein, 1963; Zubin, Eron y Schumer, 1965). Esta reconsideración aportó dos líneas principales de investigación:

a) la revisión de los sistemas de valoración e interpretación de las respuestas.

b) la determinación del valor estimular de las láminas proyectivas, mediante la descripción minuciosa de sus características a través de los estudios normativos.

En el contexto de los países de habla castellana, y hasta los años 70, el TAT ha sido cada vez menos utilizado y conocido, fenómeno en parte debido a la casi total ausencia de investigaciones realizadas (apenas media docena de nombres, entre los que se incluyen los pioneros: Siguan, 1953, 1954; Castilla del Pino, 1966). Esta carencia histórica de investigación queda en parte compensada en los años ochenta por el desarrollo de nuevas revisiones conceptuales y empíricas (Avila, 1983, 1990), así como la publicación de un nuevo "Manual Operativo para el TAT" (Avila, 1986). En este manual se incluyeron algunas novedades:

a) Una forma abreviada de aplicación del TAT, integrada por 12 láminas, con un conjunto de instrucciones de aplicación estandarizadas;

b) Datos normativos (variables formales, valor estimular y contenido temático descriptivo) para todas y cada una de las láminas de Murray,

obtenidas a partir de una muestra representativa de la población normal española.

c) Un nuevo sistema de análisis temático cuantitativo, construido en base al sistema de Eron, que se ha denominado Sistema Integrador del TAT, compatible con la utilización de otros sistemas de valoración cualitativa.

Revisaremos brevemente estas aportaciones.

1. Investigación normativa

Basada en la experiencia aportada por las investigaciones normativas realizadas anteriormente tanto con poblaciones normales como clínicas (Rosenzweig y Fleming, 1949; Eron, 1950, 1953, 1965; Shentoub, 1961; Murstein, 1972) se diseñó una investigación normativa para el TAT en la población española normal, mediante la selección de una muestra intencional estratificada, representativa de la población española normal, integrada por 100 sujetos (49 hombres y 51 mujeres, con una media de edad de 25,85 y 25,69 años respectivamente, y un rango de edad entre los 14 y los 53 años) lo que implicó el registro, codificación y valoración de 2000 historias de TAT, bajo condiciones rigurosamente estandarizadas y controladas. Los sujetos seleccionados representaban adecuadamente las cuotas muestrales relativas a las variables socio-económicas, culturales y demográficas de la población normal, controlándose específicamente la ausencia de antecedentes o signos psicopatológicos relevantes. Se sometió igualmente a control la fiabilidad inter-jueces de los codificadores y valoradores de las 2000 historias, obteniéndose porcentajes de concordancia que oscilan entre el 93 y 98% del total de las categorías utilizadas. Las tablas que recogen los datos normativos formales y temáticos resultantes han sido publicadas anteriormente (Avila, 1983, 1986).

El análisis de los datos obtenidos revela que tres variables formales (tiempo de reacción, tiempo total y número de palabras) han demostrado poseer una notable consistencia e invarianza tanto inter e intra-sujetos, como en la interacción sujetos x láminas. Con estas variables, hemos construido dos nuevos índices para el análisis cuantitativo: el **Índice de velocidad de expresión (IVE)**, que se calcula mediante la fórmula $IVE = \text{Número de palabras} / (\text{Tiempo total} - \text{tiempo de reacción})$ y el **Índice de rapidez de elaboración (IRE)**, mediante la fórmula $IRE = 100 * (\text{tiempo de reacción} / \text{tiempo total})$.

Ambos índices se calculan separadamente en cada sujeto para cada lámina, estableciéndose posteriormente los patrones significativos de variabilidad intra e inter-sujetos. Estudios posteriores han revelado que el IVE y

el IRE son adecuados predictores del nivel de significación del TAT (validez interna para sujeto dado), así como descriptores de los efectos de choque y del nivel de productividad en un protocolo. En la tabla 1 se incluyen los valores normativos de los índices IVE e IRE para la población española normal.

Tabla 1

Valores del IVE y del IRE para las láminas del TAT (Población española normal)

Láminas	Valores IVE				Valores IRE			
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.	Media	S.D.
1	1,05	0,62	1,00	0,55	9,39	8,16	11,43	10,41
2	1,11	0,66	1,12	0,64	7,49	6,81	11,93	11,57
3VH/NM	1,07	0,72	1,14	0,64	11,89	12,17	12,95	11,19
4	1,27	0,83	1,25	0,80	8,34	9,20	11,90	11,09
5	1,23	0,88	1,29	0,65	11,72	12,65	13,69	14,44
6VH/NM	1,21	0,81	1,22	0,74	9,68	7,14	14,16	12,21
7VH/NM	1,15	0,67	1,24	0,75	11,42	9,20	9,76	8,83
8VH/NM	1,13	0,72	1,15	0,67	10,24	7,76	11,59	11,06
9VH/NM	1,18	0,75	1,15	0,67	11,02	8,43	12,43	9,34
10	1,09	0,77	1,11	0,70	10,19	8,89	11,70	11,12
11	1,04	0,70	0,95	0,57	10,88	10,73	12,53	12,65
14	1,14	0,70	1,12	0,67	10,65	9,78	11,44	8,69
15	1,13	0,69	1,09	0,59	11,82	11,46	11,11	10,46
16	1,18	1,10	0,96	0,59	6,90	6,78	9,86	9,81
17VH/NM	1,19	0,76	1,20	0,82	10,75	9,93	12,80	10,90
18VH/NM	1,32	0,99	1,18	0,77	11,47	9,12	12,13	9,83
19	1,09	0,72	1,13	0,77	11,42	9,69	13,57	14,04
20	1,20	0,78	1,09	0,60	11,01	10,33	10,41	8,59

La principal conclusión que se deriva del estudio normativo realizado es que las normas temáticas españolas obtenidas en la población normal, no difieren significativamente de las normas inglesas, norteamericanas o francesas para poblaciones equiparables, excepto en lo relativo a contenidos culturales secundarios, que en todo caso deben ser bien conocidos para utilizar adecuadamente el TAT.

2. Revisión del valor estimular del TAT

Hemos seleccionado (separada y combinadamente) 5 variables para reconsiderar los indicadores del valor estimular del TAT:

1) El número absoluto de temas-sujeto evocado por las diferentes láminas (comparando nuestros datos con los obtenidos en las investigacio-

nes de Eron, 1950, 1953; Irving y Woude, 1971; y Newmark y Flouranzano, 1973);

2) La productividad verbal (comparándolos con las de Rosenzweig y Fleming, 1949; Newbigging, 1955; Ullman, 1957 y Friedman, 1982);

3) Preferencias y rechazos de las láminas (similares a los utilizados en los trabajos de Lebo [1955] y Fisher y Shotwell, 1961);

4) Los giros y posiciones peculiares de las láminas, producidos por los sujetos, y finalmente las

5) Areas temáticas características predominantes en las historias producidas por los sujetos.

Como puede apreciarse en la tabla 2, la jerarquización de las láminas por el número de temas evocados y la productividad verbal, no difiere significativamente de la establecida por los anteriores estudios revisados. Este resultado confirma el rango de predominio de las diferentes láminas del TAT en función de su valor estimular.

Tabla 2

Valor estimular de las láminas del TAT para la población española normal

(Ordenación por rangos)

Láminas	Número de temas				Productividad Verbal	
	Absolutos		Diferentes		Varones	Mujeres
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
13HM	1	1	1	1	7	6
1	2	3	6.5	12	18	20
2	16	14	4	5	1	4
10	5	6	2	2	10	13.5
14	8.5	5	4	3.5	20	17
20	8.5	16	4	3.5	15	7.5
4	11	8	8.5	8.5	5	12
15	17	11	11.5	15	14	9
11	18.5	14	10	8.5	9	7.5
19	18.5	18	14	15	2	10.5
5	14.5	19	14	19	13	13.5
16	20	20	11.5	8.5	-4	18
12H/M	3	7	14	11	11	5
8VH/NM	4	17	6.5	20	6	19
3VH/NM	6.5	10	18.5	8.5	19	10.5
6VH/NM	6.5	12	8.5	18	3	15
18VH/NM	10	4	18.5	15	8	16
7VH/NM	12	2	16.5	6	12	2
9VH/NM	13	14	16.5	15	16	3
17VH/NM	14.5	9	20	15	17	1

Los datos de preferencias y rechazos, así como la producción de giros en las láminas, no altera la jerarquía recogida en la tabla 2.

En la tabla 3 se incluyen los resultados de la comparación inter-sexos para un grupo escogido de variables del contenido temático de las historias producidas para las láminas. Se constata que los varones producen significativamente más temas de "hostilidad/agresión" y de "trabajo-estudio" que las mujeres, mientras que las mujeres producen más temas "amorosos" que los varones.

Estos resultados son congruentes con patrones socio-culturales de la muestra de población normal utilizada.

Tabla 3

Temas principales producidos por los sujetos españoles normales para la totalidad de las láminas del TAT

Área temática	Varones			Mujeres			p (t)
	Media	Mediana	C.V.	Media	Mediana	C.V.	
Agresión-Hostilidad	7,08	7,56	0,40	5,49	5,10	0,47	,001
Trabajo-estudio	5,94	5,28	0,43	4,88	4,42	0,50	,025
Descriptivos	5,29	3,47	2,02	4,22	3,80	0,65	—
Padres-hijos	3,94	3,66	0,63	4,35	3,91	0,59	—
Depresión	3,92	3,62	0,71	3,74	3,29	0,85	—
Matrimonio-amor	3,49	3,26	0,49	4,88	4,89	0,51	,005
Sexo	1,47	1,32	0,74	1,27	0,85	1,47	—

3. Una nueva selección de láminas e instrucciones de aplicación para el TAT

Los diferentes índices cuantitativos e indicadores cualitativos derivados de la investigación normativa han permitido seleccionar en base a criterios empíricos un conjunto abreviado de láminas del TAT, que reúne las características siguientes:

a) poseer un valor estimular significativamente mayor para la totalidad de índices analizados.

b) ser equivalentes en productividad a la totalidad de las 20 láminas del TAT que se utilizan para cada sexo en la administración tradicional.

c) reducir significativamente el sesgo de rol sexual del TAT original, logrando que los nuevos conjuntos escogidos para cada sexo sean equivalentes en los principales índices de valor estimular.

El nuevo conjunto abreviado de láminas del TAT, escogido de acuerdo a estos tres criterios está formado por 12 láminas para cada sexo, y permite ajustar la aplicación **promedio a una única sesión de una hora de duración:**

Nuevo conjunto abreviado de láminas del TAT (Avila, 1986)

I. Varones (adolescentes y adultos) 1, 2, 3VH, 4, 6VH, 7VH, 8VH, 10, 13HM, 15, 18VH y 14.

II. Mujeres (adolescentes y adultos) 1, 2, 3NM, 4, 6NM, 7NM, 9NM, 10, 13HM, 17NM, 18NM y 8NM.

Para esta nueva selección se han preparado instrucciones de aplicación estandarizadas, que garantizan al evaluador una utilización adecuada del TAT que reduce en gran medida o incluso neutraliza los sesgos típicos de la aplicación y el examinador.

Las instrucciones de aplicación constan de una consigna inicial, las respuestas normalizadas a las preguntas aclarativas durante la aplicación, la encuesta final, y las claves de codificación de las variables formales. Se han preparado conjuntos de instrucciones tanto para la habitual aplicación individual, como para la aplicación colectiva para sujetos del mismo sexo, mediante la proyección de las láminas, modalidad que implica ciertas variantes según se limite o no el tiempo de respuesta. La necesaria brevedad de este trabajo impide reproducirlas aquí (véase Avila, 1986).

4. Propuesta de un Sistema Integrado de Análisis del TAT

En los últimos años nuestra investigación se ha dirigido a **desarrollar un Sistema Integrado de Análisis que permita aprovechar** las ventajas de los diferentes métodos de análisis cuantitativo desarrollados anteriormente para el TAT (Fine, 1955; Eron, 1950, 1965; McClelland, 1953; Dana, 1959, 1984), que permita a la vez utilizar conjuntamente los datos normativos españoles con los resultados empíricos anteriores más relevantes, y que pueda combinarse con el análisis cualitativo que se usa tradicionalmente con el TAT. Todo ello en la intención de ofrecer una ventaja substancial en la relación tiempo/coste/beneficio que hasta el presente han ofrecido los sistemas cuantitativos, mejorando el valor diagnóstico y predictivo del TAT, que reposaría así sobre bases empíricas más contrastadas.

Las principales características que definen al Sistema Integrado son:

a) Aprovechar la potencialidad demostrada por los sistemas de análisis

cuantitativo, escogiendo sus mejores índices (Fine, 1955; Eron, 1950, 1965; McClelland, 1953; Dana, 1959, 1984).

b) Estar claramente estructurado en fases secuenciales y con esquemas categoriales precisos, de forma que pueda ser utilizado tanto por el principiante como por el experto.

Las fases que sigue el sistema son:

1) Preparación previa del protocolo de TAT para su posterior análisis cuantitativo y cualitativo.

2) Cálculo de los principales índices basados en variables formales.

3) Análisis de contenido intra-sujeto (Tanto en los aspectos cualitativos como cuantitativos).

4) Comparación de los indicadores intra-sujeto con los datos normativos inter-sujeto.

5) Presentación de los datos en forma de psicograma.

6) Discusión de las hipótesis diagnósticas y pronósticas que se derivan del psicograma, y finalmente

7) Interpretación estimativa, en la que pueden utilizarse tanto criterios empíricos como psicodinámicos.

Una descripción detallada de la versión preliminar de este sistema puede encontrarse en el trabajo de Avila y García Biezma (1989). Los datos normativos españoles adaptados al Sistema Integrado de Análisis han sido presentados en un trabajo reciente (Avila y Rubí, 1990).

El futuro de las técnicas proyectivas depende fundamentalmente de la capacidad que estas tengan de optimizar sus modelos de valoración y predicción. La problemática que en los años sesenta centró el interés en la reconsideración empírica ha dado ya sus frutos, y el esfuerzo ha de centrarse ahora en la construcción de modelos que permitan apoyar la formulación de hipótesis interpretativas, y el seguimiento de adecuadas estrategias de validación intra-caso.

El TAT, tanto por su valor intrínseco, como por la posibilidad que ofrece de extrapolar los hallazgos en él obtenidos a otras técnicas temáticas (CAT, TRO, TEMAS, etc.), desempeña un papel extraordinariamente importante dentro de este futuro de las técnicas proyectivas. Los métodos temáticos ofrecen una más sólida base que los de percepción de manchas para establecer nexos entre investigación proyectiva e investigación de procesos básicos en psicología, principalmente en lo relativo a los procesos de pensamiento y lenguaje, así como por las múltiples derivaciones clínicas que surgen de reconsiderar los nexos entre procesos inconscientes, tal como los estudia la psicología cognitiva, y las formaciones del inconsciente de que se ocupa el psicoanálisis. Dentro del psicodiagnóstico psicoanalítico, la utilización tradicional de los métodos temáticos puede beneficiarse de

muchas de las mejoras técnicas aquí sugeridas, que sirven en definitiva para crear un horizonte de contrastación de sus hipótesis, más accesibles a las evidencias constatables en el comportamiento verbal.

BIBLIOGRAFIA

AVILA, A. (1983). *El Test de Apercepción Temática de H.A.Murray en la población española: Estudio normativo y análisis para una adaptación*. Tesis Doctoral. 2 vols. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.

AVILA, A. (1986). *Manual Operativo para el Test de Apercepción Temática*. Madrid: Editorial Pirámide.

AVILA, A. (1990). *Fundamentos empíricos del Test de Apercepción Temática*. Madrid: Facultad de Psicología.

AVILA, A. y GARCIA BIEZMA, J. (1989). Guía para la utilización del TAT en la evaluación psicológica y en la investigación. Madrid, Facultad de Psicología.

AVILA, A. y RUBI, M. L. (1990). Révision de l'étude normative espagnole pour le TAT, dans son utilisation avec le système intégratif du TAT. Poster au XIIIème Congrès International du Rorschach et des Méthodes Projectives, Paris, 1990

CASTILLA DEL PINO, C. (1966). *Un estudio sobre la Depresión*. Barcelona: Editorial Península.

DANA, R. H. (1959). Proposal for objective scoring of the TAT. *Perceptual and Motor Skills*, Monograph, 9, 27-43.

DANA, R. H. (1984). *A human science model for personality assessment of projective techniques*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

ERON, L. D. (1950). A normative study of the Thematic Apperception Test. *Psychological Monographs*, 64, (9).

ERON, L. D. (1953). Responses of women to the Thematic Apperception Test. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 269-282.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1973). Ensayo de sistematización de los resultados del TAT. *Revista de Psicología General y Aplicada* (123-125), 1017-1023.

FINE, R. (1955). A scoring scheme for the TAT and other verbal projective techniques. *Journal of Projective Techniques*, 19, 306-309.

FISHER, G. M. and SHOTWELL, A. M. (1961) Preference rankings of the Thematic Apperception Test cards by adolescent normals, delinquents and mental retardates. *Journal of Projective Techniques*, 25, 41-43

- FRIEDMAN, R. J. (1972). TAT story length in children. *Psychology in the Schools*, 9, (4), 411-412.
- IRVIN, F. S. and WOUDE, K. (1971). Empirical support for a basic TAT set. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 514-516.
- LEBO, D. (1955). Immediate affective reaction to TAT cards. *Journal of Clinical Psychology*, 11, 297-299.
- McCLELLAND, D. C. et al. (1953). *The achievement motive*. New York: Irvington Ed., 1976.
- MORGAN, Ch. D. and MURRAY, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-306.
- MURSTEIN, B. I. (1963). *Theory and research in projective techniques (emphasizing the TAT)*. New York: John Wiley and Sons.
- NEWBIGGING, P. L. (1955). Influence of a stimulus variable on stories told to certain TAT pictures. *Canadian Journal of Psychology*, 9, 195-206.
- NEWMARK, Ch. S. and FLOURANZANO, R. (1973). Replication of an empirically derived TAT set with hospitalized psychiatric patients. *Journal of Personality Assessment*, 37, (4), 340-341.
- ROSENZWEIG, S. H. and FLEMING, E. (1949). Apperceptive norms for the Thematic Apperception Test (II). An empirical investigation. *Journal of Personality*, 17, 483-503.
- SIGUAN, M. (1953). Para la interpretación del TAT. *Revista de Psicología General y Aplicada*, VIII, (27), 431-478.
- SIGUAN, M. (1954). Formulario para la interpretación y registro de los datos del TAT. *Revista de Psicología General y Aplicada*, IX, (30-31), 305-312.
- ULLMANN, L. P. (1957). Productivity and the clinical use of TAT cards. *Journal of Projective Techniques*, 21, 399-403.
- VAN LENNEP, A. J. and HOUWINK, R. H. (1930). *Four Picture Test*. Utrecht. Ed. 1948.
- ZUBIN, J.; ERON, L. D. and SCHUMER, F. (1965). *An experimental approach to projective techniques*. New York: John Wiley and Sons.

Perversión y psicosis

P. Pérez García, A. Tamayo Lacalle, M. L. Plumed Martín, N. Briones del Dedo, C. Aznar Bolaño.

Se aborda el estudio, mediante el test de Rorschach, de una muestra de 25 pacientes entre 20 y 50 años. En todos los casos, el diagnóstico clínico fue "Problemas Psicosexuales y de la Identidad Sexual" (DSM-III, 1983, DSM-III R, 1988). Este tipo de trastornos aparece en sus datos biográficos de modo manifiesto y reconocido por ellos. No consta, en ninguno, la existencia de actividad psicótica clínica, ni ingresos psiquiátricos, ni uso de psicofármacos antes de la consulta. Se siguen los procedimientos de administración, valoración y evaluación del Sistema Comprehensivo Rorschach de Exner (1990). Fue realizado el adecuado tratamiento numérico. Los resultados obtenidos nos permiten deducir que lo más específico y fundamental de la conducta, clínicamente llamada perversa, no es tanto su sintomatología de "desviación sexual" o de "regresión a la sexualidad infantil", sino las fallas graves en la estructuración básica de personalidad (organización de pensamiento y tipo de vínculos). Esta organización mental incluye componentes neuróticos, borderline y psicóticos, pero pensamos que como estructura se aproxima más a la psicosis que a las demás, pudiéndose distinguir igualmente de la verdadera psicosis clínica.

INTRODUCCION

La palabra "perversión" proviene de la voz latina "per-vertere": perturbar el orden de las cosas (Real Academia de la Lengua, 1983), viciar, desviar o cambiar cualitativamente algo, alterando dolosamente su valor, contenido o significado, pero conservando su apariencia natural normal.

En su "acepción clínica", ha sido muy común hasta ahora utilizar dicho término más como "adjetivo" (síntoma o rasgo de carácter) asociado a alteraciones sexuales, que como "sustantivo" referido a la estructura u organización mental de la persona (proceso mental específico). Así lo refleja la mayor parte de los manuales o diccionarios psicológicos hoy al uso (DSM-III, 1983; Bastin, 1972; Laplanche y Pontalis, 1968; Moor, 1969; Rosolato, 1968; Vidal et al., 1977). Freud mismo empleó la palabra perversión en este doble sentido. Inicialmente (1905) como adjetivo, refiriéndose con ella a "aspectos normales y universales de la sexualidad infantil". En sus trabajos posteriores fue modificando este planteamiento, restringiendo progresivamente el uso clínico de este término, hasta que ya en 1940 lo usa finalmente como sustantivo, afirmando que "la perversión se aproxima claramente a la psicosis".

A lo largo de ese recorrido (1905-1940), fue descubriendo y señalando las graves contradicciones y trastornos psicóticos latentes en la perversión, cuando ésta se convierte en un problema clínico: la importancia del papel inductor de los padres en la transgresión de la ley edípica, las fallas en las identificaciones, el decisivo papel del narcisismo, la deficitaria estructuración del Superyó, la importancia de la pulsión de muerte y vínculos sadomasoquistas. Como procesos defensivos más específicos, sólo la eficacia de la renegación y la paradójica escisión del Yo (Freud 1910, 1914, 1919, 1920, 1921, 1922, 1924, 1927, 1940).

Actualmente, dentro de la línea psicoanalítica, la mayoría de los autores siguen adscritos al uso de la palabra "perversión" como adjetivo: síntoma o rasgo de carácter, reducido siempre a la sexualidad "desviada" de la norma (fetichismo, sadomasoquismo, homosexualidad manifiesta, exhibicionismo...), vía de regresión a la sexualidad infantil o, a lo más, "psicosis circunscrita a la sexualidad" (Bergeret, 1975; Bleichmar, 1976; Laplanche y Pontalis, 1968).

Es mucho menor el número de autores que, siguiendo las aportaciones de la escuela psicoanalítica, tanto inglesa como americana, se refieren a la "perversión" como a una estructura mental específica, con predominio de elementos psicóticos: escisión del Yo, patología del narcisismo y del vínculo, angustias paranoides y depresivas. De este modo, las actuaciones o conductas perversas tendrían para el sujeto la misma función que tiene el delirio en la psicosis (Goldstein, 1983; Baranger et al., 1980; Coderch, 1987; García Badaracco et al., 1980; Glasser, 1985; Greenacre, 1979; Hartman, 1964; Kernberg, 1976; Mac Doujgall, 1987; Mahler, 1972; Klein, 1946; Meltzer, 1974).

Esta peculiar y paradójica escisión del Yo no impidió a Leonardo da Vinci, por ejemplo, ser uno de los más geniales y admirados creadores de la historia. La perversión, como organización mental, parece suponer la coexistencia de dos sistemas paralelos en el funcionamiento del Yo: uno claramente psicótico (Freud, 1940), y otro aparentemente normal.

Revisando la literatura Rorschach relacionada con la perversión, observamos también un menor eco en los trastornos del pensamiento y un mayor énfasis en los aspectos afectivos y de conducta sexual desviada (Aust et al., 1980; Campo et al., 1984; Lerner, 1984; Merceron et al., 1984).

METODO: Muestra

El presente trabajo ha sido realizado por un equipo de psicólogos clínicos del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Fundación Jimenez Diaz de Madrid. Aborda el estudio mediante el test de Rorschach, de una

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

CASOS	EDAD	SEXO	E CIVIL	ALTERACIONES SEXUALES
1	20	H	S	T I S Bisexualidad
2	20	V	S	T I S Homosexualidad
3	27	H	C	T I S Homosexualidad
4	24	V	S	T I S Homosexualidad
5	32	V	S	T I S Homosexualidad
6	27	H	C	T I S Homosexualidad
7	32	V	C	T I S Homosexualidad T C S Paidofilia
8	40	V	C	T C S Paidofilia Incesto
9	33	H	C	T C S Promiscuidad Disfunciones sexuales
10	24	H	C	T I S Atípica Disfunciones sexuales
11	22	V	C	T I S Homosexualidad
12	43	V	C	T I S Atípica Disfunciones sexuales
13	27	V	C	T C S Agresión sexual
14	37	V	S	T C S Promiscuidad Disfunciones sexuales
15	27	V	S	T I S Atípica
16	20	V	S	T I S Homosexualidad
17	28	V	C	T I S Homosexualidad
18	35	H	C	T I S Homosexualidad
19	35	V	S	T I S Atípica
20	21	V	S	T I S Homosexualidad
21	26	H	C	T I S Atípica
22	37	V	C	Disfunciones sexuales
23	27	V	S	T I S Atípica T I S Atípica
24	22	V	C	T I S Homosexualidad T I S Bisexualidad
25	50	V	C	T C S Celotipia Agresión sexual

EDAD Media = 29.7 SEXO V = 18 E CIVIL C = 15
 D T = 8.0 H = 17 S = 10

ALTER SEX T I S = 15

T C S = 6

T I S y T C S = 4

T I S = Trastorno de la Identidad Sexual

T C S = Trastorno de la Conducta Sexual

muestra de 25 pacientes de ambos sexos (18 hombres y 7 mujeres), de edades comprendidas entre 20 y 50 años

En todos los casos, el diagnóstico clínico fue el siguiente: "Problemas psicosexuales y de la identidad sexual" (DSM-III, 1983 y DSM-III R, 1988). En los datos biográficos de los pacientes, aparecen trastornos de identidad sexual y conductas sexuales manifiestamente desviadas y reconocidas por los mismos. No consultan por estas razones, sino por una sintomatología de tipo ansioso-depresivo.

No consta, en ningún caso, la existencia de actividad psicótica manifiesta, ni de ingresos psiquiátricos, ni uso de psicofármacos antes de la consulta.

Procedimiento.

Tanto para la administración de los tests, como para su valoración y evaluación, se han utilizado los criterios y datos normativos del Sistema Comprehensivo Rorschach de Exner (1990). Fue realizado el adecuado tratamiento numérico para el cálculo y análisis de variables, relaciones e índices, efectuándose pruebas sobre la media y la varianza, pruebas de homogeneidad y análisis de correlaciones. Mediante algunas de estas pruebas, hemos obtenido una valoración relativa de los mismos respecto a los datos del grupo normativo. Distinguiremos, en lo sucesivo, valores medios (a), significativamente altos (b) y significativamente bajos (c).

La tesis que nos planteamos consistió en verificar si el criterio diagnóstico de "conducta sexual desviada de la norma", con el que más habitualmente se ha equiparado el concepto clínico de perversión, corresponde a un síntoma o rasgo de carácter (desviación sexual), o va más allá y es el resultado de defectos estructurales globales. Entendemos como estructura, la configuración relativamente estable como totalidad, resultante de la interacción de los elementos y funciones que la componen.

RESULTADOS

Adaptación Social:

Mantienen una actividad y relación socio-laboral comúnmente aceptable y dentro de lo normal (Isolate) (b). Con frecuencia resultan eficientes, brillantes y creativos, capaces de atraer y de fascinar (anamnesis).

Analizando los criterios clínicos del DSM-III (1983), constatamos la **ausencia de los síntomas psicóticos** característicos, pero comprobamos, igualmente, que mantienen siempre una doble y contradictoria faz; por un lado, su aparente normalidad, y por otro, su grave y latente patología.

Trastornos de Pensamiento:

Son severos los desórdenes que aparecen en los procesos perceptuales básicos y de pensamiento. El 76% de la muestra, según se indica en la Tabla 2, presenta distorsiones, inexactitudes o imprecisiones importantes en

TABLA 2

TRASTORNOS DE PENSAMIENTO

Graves distorsiones formales

$FQ \geq 2(c)$ FQ_u ó $FQ \rightarrow (FQ_o + FQ_+)$ 76%

Déficit integración y represión

$Z_f(c)$ (Media = 10.20)
 $FC < CF + C$

Proyección masiva. Satisfacción alucinatoria del deseo

$M > 1$ ó $X\% > 0.40$ 44%
 ($X\% < 0.61$ y $S\% > 0.41$) ó $X\% < 0.50$ 56%
 $X\% > 0.29$ 56%

Razonamiento incoherente y arbitrario

$Sum6 > 6$ y $WSum6 > 17$ 36%
 INCOM-2 26%
 FABCOM-2 25%
 $Sum6 - 2 > 1$ y $FABCOM - 2 > 0$ 20%
 ALOG > 1 23%

la delimitación formal de los estímulos. Esta dificultad para diferenciar los marcos de referencia internos y externos hace que confundan con demasiada frecuencia la percepción realista con sus fantasías. Con déficit en la capacidad de represión y de integración ($Z_f(c)$, $CF + C > FC$), son muy vulnerables a las interferencias emocionales ($X\%(c)$ y $X\%(b)$) necesitando del uso excesivo de la proyección masiva para acomodar la realidad a la medida de sus deseos ($M - (b)$, $X\% (b)$, $S - (b)$, $Sum6 (b)$, $WSum6 (b)$).

Inconsistencia en la Identidad:

El 52% de la muestra corresponde al tipo vivencial "ambiguo". Según los datos normativos (Exner, 1990), este tipo vivencial aparece en el 20% de los sujetos no pacientes. Esta importante diferencia pone de relieve el estilo específico predominante de los sujetos estudiados, su identidad poco definida, no consolidada, ambigua. Las fallas en los procesos tempranos de identificación se relacionan también con su proceso de pensamiento disociado, difuso y falto de límites formales.

TABLA 3

PATOLOGIA DEL VINCULO

I.- BAJA CALIDAD ADAPTATIVA

CARACTERISTICAS	VARIABLE	MUESTRA		GRUPO NORM	
		Med.	D.T.	Med.	D.T.
No aislamiento social	Isolate/R (c)	0.13	0.10		
	Afr (c)	0.53	0.24	0.24	0.69
Baja resonancia afectiva	H	2.40	1.41	3.39	1.80
	CF+C-FC	1.04	2.42		
	X-%	0.31	0.17	0.07	0.05
Vínculos parciales y delusorios	S (b)	2.28	1.80	1.47	1.21
	S- (bb)	1.56	1.42	0.18	0.49
	S-% (bb)	0.27	0.25	0.08	0.23
	M (bb)	1.12	1.42	0.03	0.18
	INCOM	1.36	1.57	0.52	0.65
	FABCOM	0.60	1.10	0.17	0.41
	INCOM-2	0.64	1.05	0.00	0.07
	FABCOM-2	0.36	0.02	0.02	0.13
	ALOG	0.68	1.16	0.04	0.22

II.- FISURAS DEPRESIVO-NARCISISTAS

CARACTERISTICAS	VARIABLE	MUESTRA		GRUPO NORM.	
		Med.	D.T	Med.	D.T
Riesgo de autoagresión Yo inmaduro Pobreza recursos	S-Con (b)	4.28	2.05	2.07	2.11
	Dajdo (c)	0.04	0.53	0.20	0.82
	EA	5.94	3.01	8.82	2.18
	es	7.64	3.40	8.21	3.00
Baja tolerancia frustración Déficit introspec	m (b)	1.48	1.17	1.12	0.85
	FM (c)	2.88	1.53	3.71	1.15
	M (c)	3.08	2.40	4.30	1.92
Baja autoestima Autoimagen ampliada "Únicos" "Peculiares"	3r+(2)/R (c)	0.35	0.18	0.39	0.07
	Fr+rf (b)	0.32	0.68	0.08	0.35
	Ideo (b)	3.12	2.01	1.86	1.30
	P (c)	4.68	1.74	6.91	1.38
	(2) (c)	5.40	2.80	8.68	2.15

Patología del vínculo. Fisuras depresivo-narcisistas:

Las contradicciones propias de un Yo escindido y poco diferenciado se ponen de manifiesto también en sus modos de relación (Tabla 3)

A pesar de las apariencias (Isolate (a)), su interés por las relaciones humanas es escaso y de **baja calidad adaptativa** (Afr (c), H (c), CF+C>FC).

Predominan los **vínculos parciales y delusorios**, que corresponden más al mundo de lo irreal y que siguen los parámetros de la satisfacción alucinatoria del deseo (X-% (b), S- (b), S-% (b), M- (b)). Confundiendo la parte con el todo, deforman de modo arbitrario y desorganizan el significado y función del objeto, actuando sobre el proceso mismo del vínculo (FABCOM (b), INCOM (b), FABCOM-2 (b), INCOM-2 (b), ALOG (b)). Con **baja autoestima** ($3r+(2)/R$ (c)) y en cambio muy preocupados por el **cuerpo** y por el **reflejo de su autoimagen ampliada**, prefieren presentarse como "únicos" y peculiares (An (b), BI (b), Sx (b), Xy (b), Fr+rF (b), Ideo (b), P (c), (2) (c)). Toleran mal la **frustración**. La amenaza a su "Yo ideal" despierta fisuras y angustias masivas de tipo depresivo-paranoide y claro matiz narcisista. En este sentido, el **riesgo de suicidio** y autoagresión es muy alto (S-Con (b)). Este no aparece relacionado con los índices habituales de depresión y ansiedad (FV+VF, Color-Sombreado, MOR). Viene asociado a un "Yo inmaduro" y muy pobre de recursos (Dajdo (c), es>EA), con índices altos de tensión intrapsíquica (m (b)), que creemos más bien de tipo crónico que situacional, que se niega a la introspección (M (c)), y que no puede sentir o expresar sus carencias (FM (c), EA (c)). A falta de recursos evolucionados, acuden a las defensas regresivas, bien de somatización o bien de tendencia al "acting" agresivo (incluido el suicidio), o a la conducta llamada "perversa", como manejo maniaco de negación de la angustia o de renegación de la realidad.

Predominio de la Agresión. Valor de las Respuestas S:

Desde la experiencia clínica, hemos observado una mayor frecuencia de respuestas al espacio en blanco en pacientes "actuadores" con síntomas depresivos, a veces manifiestos, y más habitualmente latentes. Esta observación nos ha hecho pensar, desde hace ya tiempo, en la posible relación entre las respuestas al espacio en blanco y la presencia de duelos latentes negados o mal elaborados. Estos duelos servirían de base dinámica a la mayor parte de los vínculos sado-masoquistas y a las actitudes defensivas de hostilidad (oposicionismo, negativismo, enfado...), tradicionalmente asociadas a estas respuestas. Pueden ser S+, formalmente ajustadas e integradas en el resto de la lámina (niveles neuróticos), o bien formalmente desajustadas, disociadas y arbitrarias S-, poniendo de manifiesto la patología severa, tanto del duelo como de sus defensas. En varios de los pacientes de la muestra, consta la existencia de duelos traumáticos tempranos (abandono, cesión, pérdida o largas ausencias de los padres).

La ausencia del objeto siempre suscita intensa excitación, que sólo puede ser elaborada de modo simbólico (proceso mentalizador), cuando se ha podido introyectar la presencia de un continente suficientemente integrador del self, que sirva de paraexcitación (filtro metabolizador) frente a las

ansiedades de disolución asociadas a la ausencia. Cuando estos procesos de introyección no se han dado o fueron deficientes, la estructura mental del sujeto resulta igualmente deficitaria (S-).

El sujeto no puede renunciar a la fusión, en mayor o menor grado, con el objeto idealizado (identificaciones primarias, narcisistas). La representación de la ausencia, separación o exclusión, no se puede tolerar en estos casos, por el dolor que produce dejar de existir, dejar de ser. Necesita entonces recurrir a defensas más arcaicas, mágico-omnipotentes, para reducir o anular estas angustias psicóticas. Acude así a las defensas maníacas de "transformación" de la realidad, invirtiendo el sentido de la situación. Desde la agresión y desde el desprecio al objeto ausente, "se recrea" la realidad a la medida de los propios deseos. Entre estas defensas maníacas podría incluirse la S-. El sujeto, no pudiendo elaborar la ausencia, necesita la expresión directa y frecuentemente arbitraria de la hostilidad, como sistema de paraexcitación y de autoafirmación narcisista.

En la muestra que nos ocupa, es alta la proporción encontrada de S- (Tabla 4), con frecuentes contenidos destructivos y actuaciones violentas, expresadas de modo directo y arbitrario. Tal vez sea en este punto, donde mejor se condense y exprese la etiología dinámica y el complejo sistema defensivo-psicótico de la perversión.

TABLA 4

DEFENSAS REGRESIVAS Y MANIACAS

CARACTERISTICAS	VARIABLE	MUESTRA		GRUPO NORM	
		Med.	D.T.	Med.	D.T.
Preocupación por el cuerpo Tendencia a la somatización	An (b)	1.40	1.70	0.42	0.65
	BI (b)	0.44	0.64	0.15	0.40
	Sx (b)	1.12	1.75	0.07	0.39
	Xy (b)	0.44	1.42	0.03	0.18
Agresión Vínculos sadomasoquistas	S (b)	2.28	1.80	1.47	1.21
	S- (bb)	1.56	1.42	0.18	0.49
	S-% (bb)	0.27	0.25	0.08	0.23
Riesgo suicidio	S-Con (b)	4.28	2.05	2.07	2.11

A los aspectos generales antes descritos de la S- (distorsión perceptiva de la realidad, manejo maníaco de la angustia y negación del duelo), se añadiría ahora, como matiz diferencial, la actuación delusoria de los elementos tanáticos del narcisismo. Estos aspectos tanáticos constituirían la **modalidad vincular específica de la perversión**. Sirviéndose de la identificación proyectiva masiva y de la agresión como vínculo predomnan-

te, el sujeto trata de invertir los términos de la relación temprana. A la vez que ataca con sus pulsiones agresivas la "sombra del objeto" (Freud, 1917), rellena con proyecciones masivas S- esos espacios en blanco, sirviéndose así de la agresión, como **sistema de paraexcitación** frente a la angustia. El sujeto hace, actúa en el escenario de sus ritos y conductas, las fantasías de fusión, uso, dominio y control total sobre el objeto. Si se sintió excluido, poseído, usado por él en épocas tempranas, siente ahora, a partir de una elaboración irreal y frecuentemente "grandiosa", que puede transformar la situación al revertir la perspectiva vincular. Puede reducirlo a objeto usable, puede destruirlo, anularlo, ensalzarlo o humillarlo, puede manipularlo en función de sus deseos. ¿Qué busca en ello?. Necesita y busca la **verificación especular de su existencia**, la afirmación del self y su "reconocimiento" (ilusorio al menos) desde la posesión o destrucción del objeto.

Parece conveniente señalar, que lo más importante de este tipo de respuestas S no es tanto la búsqueda del placer del control sobre el otro (vínculos destructivos), sino sobre todo la renegación de la angustia de disolución psicótica del self. Se niega la pérdida anulando y relleno el vacío: objetos ideales, "creados" en lo imaginario y "alucinados" en la realidad, que proporcionan al sujeto la sensación de triunfo y plenitud frente a sus carencias y trastornos en la identidad.

DISCUSION

Si, individual y aisladamente, cada uno de estos pacientes mantiene un suficiente índice de adaptabilidad y de creatividad simbólica, con logros y éxitos en su vida socio-laboral ("listos, oportunistas, pulcros, comedidos y eficaces" Galvey, 1975), como grupo, hemos podido constatar, por los datos hasta aquí descritos, la evidencia de severos trastornos, tanto en la organización del Yo como del Superyo. Coexisten, pues, dos sistemas escindidos de pensamiento y relación.

Participan de aspectos característicos de la organización **borderline común**: criterio de realidad, inconsistencia en la identidad, fisuras depresivo-narcisistas, polisintomatología neurótico-funcional, vínculos de baja calidad adaptativa, tendencia al "acting" (Exner, 1986; Kernberg, 1975, 1976; Paz et al., 1976), pero también son notables las diferencias. Si "los borderline, como grupo, muestran poca evidencia para argumentar a favor de desórdenes de pensamiento" (Exner, 1986), en la muestra estudiada se hacen notorios estos desórdenes. Se apartan también del criterio ofrecido por Blatt y Auerbach (1987) para los "borderline anaclíticos". Los pacientes estudiados, ni ofrecen CONFAB, ni sobrecargan exageradamente de afecto

sus respuestas para compensar posibles ansiedades de abandono. No predomina en ellos la búsqueda de dependencia pasiva ($p < a$, $Mp < Ma$, $2AB + Art + Ay$), ni la tendencia a la ensoñación en espera de que otros asuman o decidan la solución a sus problemas (Exner, 1986). Los pacientes de la muestra **actúan** sus fantasías al estilo de la ecuación simbólica. Sus respuestas en el Rorschach corresponden más al lenguaje de acción que al de "ensoñación" (Schafer, 1954 y 1967). Podrían aproximarse más a los **borderline introyectivos** (Blatt y Auerbach, 1987), con sobreideación arbitraria y elevados valores de FABCOM e INCOM.

Pero creemos que el conjunto de sus afecciones son más graves: en la percepción y en el pensamiento, en los vínculos delusorios con predominio de la agresión, en las angustias y las defensas de escisión, renegación e identificación proyectiva masiva. Son exponentes, más de una organización psicótica que borderline. Si, puntualmente, cada uno de los indicadores ya referidos sería significativo de forma aislada, como conjunto, ponen de manifiesto la densidad y la amplitud de los trastornos subyacentes de claro rango psicótico y despiertan incluso la sospecha de psicosis clínica franca (Tabla 2).

Cinco de los pacientes estudiados ofrecen más de una respuesta ALOG y dos pacientes dan una respuesta CONTAM; esto nos hablaría de procesos de lógica autista y abiertamente confusional, en el sentido de grave dificultad para articular y mantener independientes las diferencias fundamentales entre objetos, así como entre el Yo y no-Yo. Este deterioro en los procesos perceptuales básicos, con modos de razonamiento claramente incoherentes y arbitrarios, suele ser específico de la psicosis franca y, más aún, de los procesos esquizofrénicos. Ello nos obligó a revisar cada caso, analizando otros elementos diagnósticos (anamnesis, tests gráficos...). Pudimos verificar que se mantienen en el límite, pero sin llegar a descompensarse nunca. Los resultados de nuestro grupo de pacientes coincidirían, en parte, con los encontrados por Blatt y Auerbach (1987) en los **borderlines más graves**, que califican como borderline-esquizofrenia, y describen como manteniendo un equilibrio precario muy cerca de la descompensación, pero sin hacerlo nunca realmente. En nuestro caso, todos ellos tienden a perder los límites, pero a la vez mantienen **cierta conciencia y capacidad crítica** de lo inapropiado de sus perceptos, en la respuesta Rorschach, y de sus peculiares connotaciones, en los dibujos de los tests gráficos: "... tenemos aquí las raíces como si lo viéramos por rayos X o con un terreno de cristal..." (Test del Arbol). Podríamos decir, entonces, que una parte de su Yo conserva la capacidad de juicio crítico de la realidad de modo estable, en tanto que otra parte parece funcionar simultáneamente dentro de las dimensiones psicóticas. Es decir, desde el exterior **son** normales, desde el interior del Rorschach

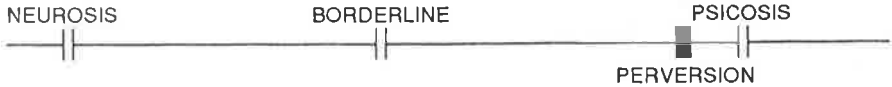
parecen psicóticos, pero nunca se descompensan, nunca llegan a la psicosis franca. ¿Dónde estaría la diferencia?

CONCLUSIONES

Pensamos que la diferencia no estriba en cuestiones de grado, sino fundamentalmente en una específica organización o estructura mental, que le permite, como a ninguna otra, la coexistencia de un Yo escindido y divalente con aspectos adaptativos y otros que ponen de manifiesto graves defectos estructurales. Los desórdenes en el pensamiento dan lugar a serias fallas simbólicas y éstas les obligan a una peculiar modalidad de vínculo, en la que predominan los aspectos tanáticos del narcisismo. Sus constantes intentos de manipulación del objeto y del vínculo dan lugar a graves perturbaciones en la comunicación y en el proceso terapéutico (Joseph, 1972). Necesitan “hacer”, “usar”, “actuar” los objetos, representar en el “escenario perverso” (Mac Dougall, 1987) externo lo que no pueden procesar en términos simbólicos en su mundo interno. Transgrediendo la norma a través del engaño mantienen la apariencia de bondad, alterando lo bueno en malo (Meltzer, 1974). “Vician y perturban el orden de las cosas” (Real Academia de la Lengua, 1983). La experiencia clínica en el tratamiento de estos pacientes converge con los datos obtenidos de esta muestra, que valoramos como sugerentes, ya que no demostrativos por lo reducido de la misma, no obstante ampliable en un futuro.

La gravedad de las afecciones en su conjunto y la firmeza de las defensas implican una modalidad estructural que va más allá de la simple “regresión a la sexualidad infantil”, o de la “psicosis circunscrita al área de la sexualidad”; sobrepasa también las demarcaciones del borderline común.

Estas contradicciones latentes pueden inducir fácilmente a engaños diagnósticos y a dificultades terapéuticas, si, a la vez que su sintomatología manifiesta, no se valora también la posibilidad divalente de sus vínculos y su deficitario aparato mental. Si en su condición social externa son normales, en la otra cara de su Yo escindido, escenario fantaseado perverso, se aproximan claramente a la psicosis (Freud, 1940). En términos gráficos, podría expresarse así:



RESUMEN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A. ASPECTOS ADAPTATIVOS NORMALES

- Criterio de realidad suficiente
- Adaptación socio-laboral
- Cierta grado de creatividad simbólica

B. EN RELACION CON BORDERLINE.

B.1. SEMEJANZAS.

- Criterio de realidad
- Inconsistencia en la identidad
- Fisuras depresivo-narcisistas
- Polisintomatología neurótico-funcional
- Vínculos parciales y de baja calidad adaptativa
- Tendencia al acting
- En común con los borderline "introyectivos": distorsiones ideacionales arbitrarias (X-% (b), M- (b), S (b), FABCOM (b) , INCOM (b))

B.2. DIFERENCIAS.

- Desórdenes de pensamiento mayores
- Borderline "anaclíticos":
 - * No prevalencia de dependencia pasiva, ensoñación o sobrecarga afectiva (a:p, Ma:Mp, 2AB+Art+Ay)
 - *Actúan las fantasías

C. EN RELACION CON PSICOSIS.

C.1. SEMEJANZAS.

- Trastornos perceptivos y de pensamiento
- Vínculos delusorios con predominio de la agresión
- Angustias y defensas psicóticas
 - *Escisión
 - *Renegación
 - *Identificación proyectiva masiva

C.2. DIFERENCIAS.

- No descompensación ni síntomas clínicos de psicosis franca

D. PERVERSION. PERFIL RORSCHACH.

A continuación se recoge, como protocolo tipo, un resumen estructural con los valores medios de las variables obtenidas en nuestra muestra, indicando aquéllos cuya diferencia con los datos normativos resulta significativa.

RESUMEN ESTRUCTURAL

LOCALIZACIÓN		DETERMINANTES		CONTENIDOS		FENÓMENOS ESPECIALES	
Zf = 10.20(c)		Blenda = 3.44(c)		H = 2.40(c)		N-1	N-2
ZSum =		M = 3.08(c)		(H) = 1.20		DV = 0.44	0.00
ZEst =		FM = 2.88(c)		Hd = 0.40		INC = 0.72(b)	0.64(b)
		m = 1.48		(Hd) = 0.20		DR = 1.08(b)	0.24
W = 8.72		FC = 1.16(c)		Hx =		FAB = 0.24	0.36(b)
D = 7.72(c)		CF = 1.92		A = 6.04(c)		ALOG = 0.68(b)	
Dd = 1.84		C = 0.28(b)		(A) = 0.36(b)		CONTAN = 0.08	
S = 2.28		Cn = 0.00		Ad = 1.76			
		FC' =		(Ad) = 0.12		Sum6 = 4.48(b)	
		C'F =		An = 1.40(b)		WSum6 = 13.48(b)	
		C' =		Art = 0.20(c)			
		FT =		Ay = 0.04(c)		AB = 0.00	
		TF =		Bl = 0.44(b)		AG = 0.76	
		T =		Bt = 1.24(c)		CFD = 0.08	
		FV =		Cg = 0.92		COP =	
		VF =		Cl = 0.08		CP = 0.04	
		V =		Ex = 0.08		MOR = 0.72	
		FY =		Fd = 0.16		PER = 2.12(b)	
		YF =		Fi = 0.44		PSV = 0.40	
		Y =		Ge = 0.20			
		Fr =		Hh = 0.28(c)			
		rF =		Ls = -0.28(c)			
		FD = 1.08		Na = 0.60			
		F = 7.12		Sc = 0.16			
				Sx = 1.12(b)			
				Xy = 0.44(b)			
				ldio = 3.12(b)			
			(2) = 5.40(c)				
R = 18.28(c)	L = 0.72					APECTO	
EB = : 2.86(c)	EA = 5.94(c)	EB Per =				PC:CF+C = 1.16(c):2.20	
eb = : 3.28	es = 7.64	D = -0.44				Pure C = 0.28(b)	
	Adj es =	Adj D = 0.04				Afr = 0.53(c)	
FM = 2.88	C' = 1.20	T = 0.40(c)				S = 2.28	
m = 1.48	V = 0.32	Y = 1.36				Blenda:R = 3.44:18.28	
						CP = 0.04	
RELACIONES INTERPERSONALES				IDEACIÓN			
COP =	AG = 0.76			a:p = 6.04:1.401(c)		Sum6 = 4.48(b)	
Food - 0.16	Isolate/R = 0.13			Ma:Mp - 2.56:0.521(c)		Lvl-2 = 1.24(b)	
H:(H)+Hd+(Hd)=	2.40(c):1.80			2AB+(Art+Ay) = 0.241(c)		WSum6 = 13.48(b)	
(H)+(Hd):(A)+(Ad) =	1.40:0.48			M- = 1.121(b)		Mnone = 0.00	
H+A:Hd+Ad =	8.44(c):2.16(c)						
MEDIACIÓN				PROCESAMIENTO			
P = 4.68(c)		Zf = 10.20(c)				AUTOPERCEPCIÓN	
X+% = 0.53(c)		Zd = 0.28				3r+(2)/R = 0.35	
F+% = 0.52(c)		W:D:Dd = 0.72:7.72:1.84				Fr+rF = 0.32(b)	
X-% = 0.31		W:M = 8.72:3.08				FD = 1.08	
S-% = 0.27		DQ+ = 4.76(c)				An+Xy = 0.84(b)	
Xu% = 0.14		DQv = 3.24(b)				MOR = 0.72	
SCZI = 2.88(b) DEPI = 1.00		CDI =		S-Con = 4.28(b)		HVI = 1.40	
						OBS =	

BIBLIOGRAFIA

AUST, M., GENTILE, N. y RUIZ, S. (1980). Sobre la perversión en el Test de Rorschach. Trabajo presentado al X Congreso Internacional de Rorschach, Washington.

BARANGER, W., GOLDSTEIN, N. y colab. (1980). Acerca de la estructura perversa. *Revista de Psicoanálisis, APA, XXXVII, (4), 653-670.*

BASTIN, G. (1972). *Diccionario de Psicología Sexual*. Barcelona: Herder Editorial.

BERGERET, J. (1975). *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona: Toray Masson.

BLATT, S. J. y AUERBACH, J. S. (1988). Tres tipos de pacientes borderline y sus respuestas diferenciales a tests psicológicos. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos, 1, 27-38.*

BLEICHMAR, H. B. (1976). *Introducción al Estudio de las Perversiones*. Buenos Aires: Helguero Editorial.

CAMPO, V., JACHEVASKY, L. y VILAR, N. (1984). La homosexualidad en el Rorschach: Estudio de los vínculos. Trabajo presentado al XI Congreso Internacional de Rorschach, Barcelona.

CODERCH, J. (1987). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder Editorial.

DSM-III (1983) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.

EXNER, J. E. (1988). Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos, 1, 9-26.*

FREUD, S. (1905) Tres ensayos sobre una teoría sexual. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, S. (1910). Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. Op.Cit.

FREUD, S. (1914). Introducción al narcisismo. Op.Cit.

FREUD, S. (1919). Pegan a un niño. Op. Cit.

FREUD, S. (1920). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. Op.Cit.

FREUD, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del Yo. Op.Cit.

FREUD, S.(1922).G Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, paranoia y homosexualidad. Op.Cit.

FREUD, S. (1924). El problema económico del masoquismo. Op.Cit.

FREUD, S. (1927). Fetichismo. Op.Cit.

FREUD, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. Op.Cit.

FREUD, S. (1940). La escisión del Yo en el proceso defensivo. Op.Cit.

GALVEY, P.L.G. (1975). Disfunciones simbólicas en las perversiones. Algunos problemas clínicos relacionados. *Boletín de la Sociedad Psicoanalítica Británica, 4.*

GARCIA BADARACCO, J. y colab. (1980). Revisión de algunos conceptos acerca de la

perversión desde la experiencia clínica. *Revista de Psicoanálisis. A.P.A. XXXVI, (4)*.

GLASSER, M. (1985). La identificación y sus vicisitudes tales como se observan en las perversiones. Trabajo presentado al XXXIV Congreso Internacional de Psicoanálisis, Hamburgo.

GOLDSTEIN, N. (1983). La perversión y sus destinos. *Revista de Psicoanálisis. A.P.A. XL, (1)*.

GREENACRE, P. (1979). *Fetichism: Sexual deviation*. Oxford: Medical Oxford Publishers.

HARTMAN, H. (1964). *Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego*. New York: International Universities Press.

JOSEPH, B. (1972) *Tácticas y Técnicas de la Terapia Analítica*. New York: Giovacchini Editorial.

KERNBERG, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

KERNBERG, O. F. (1976). Narcissisme normal et patologique. *Nouvelle Revue de Psychiatrie, 181, (13)*.

KLEIN, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, en *Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

LERNER, P. M. (1984). Rorschach measures of depression and the false self in patients with narcissistic personality disorders. Trabajo presentado al XI Congreso Internacional de Rorschach, Barcelona.

MAC DOUGALL, J. (1987) *Teatros de la Mente*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.

MAHLER, M. S. (1972). *Simbiosis Humana: Las Vicisitudes de la Individuación*. Méjico: Joaquín Mortiz.

MELTZER, D. (1974). *Los Estados Sexuales de la Mente*. Buenos Aires: Kargieman.

MERCERON, C., HUSAIN, O. y ROSSEL, F. (1984) Aménagement particulier des états limites: Les organisations perverses de la personnalité. Trabajo presentado al XI Congreso Internacional de Rorschach, Barcelona.

MOOR, L. (1969) *Glosario de Términos Psiquiátricos*. Barcelona: Toray Masson.

PAZ, C. A., PELENTO, M. L. y OLMOS, T. (1976). *Estructuras y Estados Fronterizos en Niños, Adolescentes y Adultos*. 3 vol. Buenos Aires: Nueva Visión.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA DE LA LENGUA (1983). *Diccionario Ilustrado de la Lengua*. Madrid: Espasa Calpe.

ROSOLATO, R. (1968). *Les Perversions Sexuelles*. Paris: Encyclopedie Médico-Chirurgicale (Psychiatrique), Ed. Techniques.

SCHAFER, R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*. New York: Grune & Stratton.

SCHAFER, R. (1967). *Projective Testing and Psychoanalysis*. New York: Grune & Stratton.

VIDAL, G., BLEICHMAR, H. B. y colab. (1977). *Enciclopedia de Psiquiatría*. Buenos Aires: El Ateneo.

Consideraciones acerca del narcisismo: Estudio de un grupo de sujetos con respuestas de reflejo en el Rorschach

V.Campo, F.Galan y F.Rovira

Un grupo de 121 sujetos en su gran mayoría pacientes y que dieron respuestas de reflejo, fue dividido en dos grupos: por edad -50 adolescentes y 71 adultos- y por la presencia de respuestas de vista, a fin de estudiar su influencia en el fracaso de aspectos narcisistas. Una U de Mann Whitney mostró por una parte que la diferencia entre una o más Fr+rF es importante en los adolescentes pero no respecto del determinante vista. La presencia de un solo reflejo puede no implicar una **estructura** de personalidad narcisista en la adolescencia. Por otra parte, una o más Fr+rF en el grupo adulto (solamente determinado por el incremento en Ls) permitió considerarlo homogéneo. Este grupo (reducido a 42 sujetos al controlar para V) es descrito en mayor detalle. Tests de U de Mann Whitney y Chi cuadrado mostraron diferencias consistentes y significativas ($p < 0.05$) determinadas por la presencia de V que parecía enfatizar rasgos **depresivos: FM+m, Y, EA y es, INCOM y WSuma6 F.E., determinantes múltiples y MOR, Constelación de Suicidio y DEPI.** Con el agregado de: **W,Dd,Zf,X-% y determinantes múltiples, M+FM+m, FC, la intelectualización, H pura, COP y MOR.** Estas diferencias son discutidas y vinculadas con el creciente fracaso de los rasgos narcisistas.

Partiendo de las primeras investigaciones de Exner (1969) respecto de la relación entre las respuestas de reflejo y el narcisismo, y con la intención de aclarar -si posible- aspectos esenciales y diferenciales de ese rasgo de personalidad, hemos reunido 121 sujetos adolescentes y adultos (50 + 71) casi todos pacientes, entre los 12 y 45 años de edad, que presentaban respuestas de reflejo en el Rorschach.

Los autores revisados en la literatura Rorschach-Bohm (1967), Chabert (1968), Farris (1988), Lerner (1988) y Salomon (1962), entre otros coinciden todos al considerar las respuestas de reflejo como vinculadas a y expresión de narcisismo. Aún cuando, para definir una **estructura** de personalidad narcisista, sería necesario mucho más que reflejos, y también, que tales respuestas **no** se encuentran necesariamente en todas las organizaciones narcisistas de personalidad.

Primero, la muestra fue dividida en dos grupos: adolescentes (12-19 años) y adultos (20-45 años); y segundo, ambos grupos fueron nuevamente divididos en dos grupos: **con y sin** respuestas de vista (V), dado nuestro interés por observar cómo este factor podía influir en sus supuestos rasgos narcisistas (presencia de respuestas de reflejo).

La hipótesis fundamental a comprobar en este trabajo fue de que el determinante vista estaría asociado con alguna forma de fracaso de esos rasgos narcisistas.

Ante el número tan variable de respuestas de reflejo hallado -de 1 a 8 por protocolo- se procedió a una comparación de grupos (U de Mann Whitney) entre sujetos con 1, 2 y 3 o más reflejos, en ambos grupos de edad, porque estábamos interesados en conocer si la diferencia en el número de reflejos implicaba diferencias importantes en el resto de variables del Rorschach.

A. En cuanto a los adolescentes (N = 50) solamente queremos mencionar los siguientes aspectos:

1. Hallamos que existen diferencias significativas ($p. < 0.05$) entre los que dan **1 o 2 o más** reflejos, diferencia que **no** encontramos en el grupo adulto. Este hecho replantea la necesidad de considerar la hipótesis de que una respuesta de este tipo pudiera ser "normal" en la adolescencia, por lo menos en sujetos de origen hispano. Y/o tener implicaciones distintas que en los adultos.

2. Los adolescentes con una sola respuesta de reflejo se caracterizan por estar **menos** presionados por aspectos desorganizados (en especial por ideación vinculada a elementos persecutorios, m, -Campo, 1981-), trabajan con menos complejidad, (menos determinantes múltiples) y se muestran menos enfadados y opositores (menos respuestas S).

3. Curiosamente, y de nuevo diferentemente de los adultos, en los adolescentes con **más de 1** reflejo, **no aparecen diferencias entre los grupos con y sin respuestas de vista**. Pareciera que **ya se sienten mal-presionados, perseguidos y furiosos-sin** esa introspección dolorosa. De todos modos queda en pie la duda frente al significado de "narcisismo" como aspecto estructural, de una sola respuesta de reflejo en la adolescencia.

B. Con respecto al grupo de 71 adultos, el estudio comparativo (U de Mann Whitney) en cuanto al número de respuestas de reflejo, **no** señaló diferencias significativas **salvo** en cinco variables ($p. < 0.05$) relacionadas entre sí: W, DQ+, Zf, Zd y Ls. En otras palabras, un mayor número de reflejos a la fuerza aumenta el DQ+, la Zf y Zd, especialmente cuando aparece en respuestas globales (W) como en esta muestra. En esencia, el incremento en reflejos va acompañado por un aumento en el contenido paisaje (Ls). Por lo tanto y sin embargo, el grupo fue considerado homogéneo. Estas observaciones llevan a un replanteamiento del problema de la interpretación de las llamadas respuestas "narcisistas": de acuerdo con Salomon (1962) por ejemplo, Bohm no las considera válidas en los contenidos de paisaje, al parecer porque no se refieren a la imagen humana. Este dato sugeriría que los reflejos no humanos no tendrían que ver con el típico vínculo "en espejo" del narcisista? Nosotros pensamos que tal contenido -Ls- sí implica una relación en espejo mucho más fría, aislada y distante

que la respuesta de reflejo con contenido humano, en nuestra opinión nada contradictoria con el concepto básico de narcisismo.

¿Cómo se caracteriza este grupo de sujetos adultos con respuestas de reflejo? Antes de describirlo (Tabla 1) debemos señalar que el 70% de la muestra adulta se componía de sujetos con respuestas de vista. Por esta razón se procedió a controlar esa variable reduciendo el número de sujetos a 42.

Tabla 1

Diferencias observadas entre el grupo con reflejos y no-pacientes:

(Medias)		
	Grupo con reflejos (N = 42)	No-pacientes (Exner, 1989)
R	28.10	22.67
Dd	5.93	1.23
S	3.52	1.47
Zf	15.57	11.80
M+FM+m	12.05	9.13
Afr	.50	.69
FC:CF+C	2.83 : 2.55 + .38	4.09 : 2.36 + .08
D y Daj	negativo	cero
Suma SH	8.10 (C', V e Y)	3.39
C-SH blends	1.67	.46
MOR	2.17	.70
3r+(2)	.53	.39
An+Xy(+Sx)	2.44	.52
X+%	.52	.79
X-%	.21	.07
F+%	.48	.71
Suma 6 F.E.	4.55	1.59
Suma pesada	12.98	3.28

Comparados con los datos de no-pacientes de Exner (1989) es un grupo productivo, más bien centrado en aspectos poco usuales de la realidad, opositorista y airado, con una gran necesidad de organizar y muy controlador. O sea, con actitudes propias de personas minuciosas, negativistas, "especiales", controladoras y molestas.

Con mucha actividad ideacional y que tiende a evitar la estimulación afectiva, posiblemente debido a un control emocional insuficiente. A ello se agrega una situación de sobrecarga constituida por una irritante retención del afecto, acompañada de sentimientos de indefensión e introspección dolorosa, con emociones contradictorias y confusas (nos llamó la atención que no aparecen diferencias respecto de las respuestas de textura).

Todas estas observaciones, sólo aproximativas, sugerirían que en el

grupo predominarían aspectos de la línea **depresiva**: se trataría de sujetos que lo observan todo con minuciosidad y rabia, encontrando constantes motivos, continuamente renovados, para la irritación y el malestar, con una autoimagen negativa y pesimista a pesar de la alta centración en si mismos. La preocupación por el cuerpo es evidente y el contacto con la realidad se halla muy disminuído, junto a un incremento notable en los trastornos del pensamiento. Así, el desmenuzamiento rabioso de la realidad también afecta a su autoimagen, o sea que son personas que a pesar de estar pendientes de si mismas y posiblemente por eso, no consiguen gustarse, con una necesidad constante de reforzar los rasgos y el abastecimiento narcisista.

C. Estos aspectos mas generales y característicos de la muestra reducida, motivaron el intento de diferenciar el grupo que da respuestas de vista. La comparación -VSí:VNo- se realizó de dos maneras: por una parte mediante la prueba U de Mann Whitney (ver a continuación Tabla 2):y por la otra a través de una comparación (Chi cuadrado) de la distribución de frecuencias (ver a continuación Tabla 3).

Tabla 2

Diferencias estadísticamente significativas (U de Mann Whitney) entre VSí vs. VNo (p. < 0.05)

- 1) FMa, ma, mp, FM, m y Suma FM+m aumentadas
- 2) Suma Y y Suma SH aumentadas
- 3) **es** aumentada (evidentemente por influencia de 1) y 2)).
- 4) **EA** aumentada (por influencia de Suma total de C ya que M permanece igual)
- 5) INCOM aumentada como así también la Suma de 6 F.E.
- 6) MOR aumentada
- 7) Determinantes múltiples, constelación de suicidio y DEPI aumentados.

Tabla 3

Diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrado) entre VSí vs. VNo (p. < 0.05):

El grupo VSí da más:	W	m
	Dd	M+FM+m
	Zf	FC
	X-%	H pura
	Deter.Múltiples	COP
	Intelectualización	MOR
	(2AB+Art+Ay)	

Se pudo observar en los sujetos que **dan V** un aumento significativo de:

- 1) la actividad ideacional, 2) los sentimientos de indefensión, 3) la

fantasía y los afectos en general, 4) un pensamiento más concreto* e incongruente, y 5) el pensar morboso (posiblemente relacionado con el incremento en la complejidad, la ideación suicida y la depresión).

Cómo entender estas diferencias? Primero, a los VSí se los ve más desorganizados y en crisis. Y segundo, esta desorganización puede estar más en función de aspectos reactivos y disfóricos (m + Y).

Así llegamos a una conclusión fundamental: los sujetos de esta muestra **con respuestas de reflejo y que dan V**, presentan un cuadro de diferencias consistentes con respecto a los que no dan V. ¿Cuadro reactivo?, ¿de desorganización solamente?, ¿de depresión? Queda claro que no se gustan, que se sienten mal y llenos de pesimismo, al parecer ya no pueden mantener su autoabastecimiento narcisista.

A estos datos debe agregarse que la prueba de Chi cuadrado mostró otros aspectos interesantes y ampliamente complementarios y significativos (p. < 0.05):

Tabla 3a

	C pura	CF	FC
VSí:	1 33%	2 58%	2-6 63%
VNo:	1 22%	2 56%	2-6 35%

1) una mayor distorsión perceptual y 2) un menor control emocional -a pesar de dar más respuestas FC- hecho que seguramente contribuye a su desorganización.

Cuáles son las principales defensas del grupo VSí?:

a) un control meticuloso, posiblemente perfeccionista y omnipotente (Dd > 3, W > 10, Zf);

b) la intelectualización (2AB+Art+Ay) y, curiosamente, un mayor interés en los demás (H pura) y en conductas de colaboración (COP).

*Cabe anotar que en otro trabajo (Campo, Galan, Rovira y Vilar, 1989) la comparación de esta muestra de sujetos con reflejos con un grupo de sujetos con respuestas simbióticas, mostró que a diferencia de lo que describen Farris (1988) y Lerner (1988) acerca de las diferencias entre narcisistas y borderlines, se encontró: 1o. que este grupo con reflejos distorsiona la realidad en forma bastante similar al grupo "simbiótico"; 2o. que producen muchos Fenómenos Especiales, pero 3o. que se diferenciann significativamente (p. < 0.05) en que dan **menos** respuestas INCOM2, DR1 y 2, y FABCOM2, o sea, menos "Fenómenos Especiales" de nivel 2.

Sería posible pensar, entonces, que su estado de desorganización o sea el **fracaso de sus rasgos narcisistas** haya determinado un mayor acercamiento al otro, ahora más necesitado, y que por ello hayan consultado. Por esto, desde el punto de vista terapéutico tal vez los sujetos con V serían más accesibles. Teniendo en cuenta también que en estado de sobrecarga con un aumento de la introspección dolorosa y el estrés, pudiera existir una mayor noción o por lo menos **sensación** de conflicto y/o malestar. En todo caso, parece posible pensar que cuando el Rorschach muestra una tal desorganización en protocolos con respuestas de reflejo, los aspectos narcisistas aparentemente ya no serían efectivos para proteger al sujeto del sufrimiento y malestar psicológicos.

BIBLIOGRAFIA

- BOHM, E. (1967). *Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik*. Berna: Hans Huber.
- CAMPO, V. (1981). On the meaning of the inanimate movement responses (m). *Brit.J.Proj.Psychol. & Person.Study*, 27.
- CAMPO, V., GALAN, F., ROVIRA, F. y VILAR, N. (1989). Breve aportación al estudio de los Fenómenos Especiales en pacientes narcisistas comparados con pacientes fronterizos, trabajo presentado en el XI Simposio Nacional de S.E.R.Y.M.P., Barcelona.
- EXNER, J. E. (1969). Rorschach responses as an index of narcissism. *Journal.Proj.Tech. & Person.Assess.*, 31, 3-22.
- FARRIS, M. A. (1988). Differential diagnosis of borderline and narcissistic disorders, en *Primitive Mental States and the Rorschach* (H.D.Lerner y P.M.Lerner, Eds.) Connecticut: International Universities Press.
- LERNER, H. D. (1988). The narcissistic personality as expressed through psychological tests. En op.cit.
- RORSCHACH WORKSHOPS (1989) Alumni Newsletter.
- SALOMON, F. (1962). *Ich-Diagnostik im Zulliger-Test*. Berna: Hans Huber.

Evaluación del autoconcepto en parapléjicos a través del Rorschach

Pilar Ortiz Quintana

La lesión medular traumática produce cambios muy importantes en la vida del sujeto, lo que causará un impacto emocional profundo y requerirá un tiempo más o menos largo para lograr la adaptación a la nueva situación. Es una incapacidad que afecta seriamente al ajuste entre la persona y su medio ambiente (Siller, 1969; Kemp, 1971; Teal, 1978; Carlson, 1979; Green y otros, 1984). Pensamos que una de las implicaciones psicológicas más importantes producidas por la lesión es la alteración del autoconcepto, lo que influirá en el proceso de rehabilitación y ajuste psicológico. La adaptación psicológica a la paraplejía va a pasar por una serie de estadios en los que el autoconcepto irá experimentando transformaciones. El objeto de nuestro trabajo es profundizar en el estudio del autoconcepto en los parapléjicos a fin de poder conocer mejor las implicaciones psicológicas subsiguientes a la lesión medular traumática. El estudio se ha llevado a cabo con un grupo de 50 parapléjicos varones de edades comprendidas entre 20 y 40 años, con lesión medular traumática completa, dorsal o lumbar. El grupo control está formado por 50 sujetos no parapléjicos, semejantes en edad y nivel cultural al grupo de parapléjicos. En ambos casos hemos descartado a aquellos sujetos que presentaban trastornos emocionales importantes. Como instrumento de medida hemos empleado el Test de Rorschach, partiendo del Cluster de Percepción Personal propuesto por Exner (1986, 1990).

Encontramos diferencias significativas en el nivel de autoconcepto global, siendo más negativo el autoconcepto del grupo de Parapléjicos. Además, los Parapléjicos muestran una intensa preocupación por su propio cuerpo que sienten como fragmentado. Es significativa la falta de interacción con su entorno y una actitud defensiva al enfrentarse consigo mismos. La rerepresentación de sí mismos es de tipo predominantemente pasivo y dependiente.

La lesión medular traumática produce cambios muy importantes en la vida del sujeto, lo que causará un impacto emocional profundo y requerirá un tiempo más o menos largo para lograr la adaptación a la nueva situación. Es una incapacidad que afecta seriamente al ajuste entre la persona y su medio ambiente (Siller, 1969; Kemp, 1971; Teal, 1975; Carlson, 1979; Green y otros, 1984). Pensamos que una de las implicaciones psicológicas más importantes producidas por la lesión es la alteración del autoconcepto, lo que influirá en el proceso de rehabilitación y ajuste psicológico. Después del trauma, el paciente sufre una serie de cambios: pasa de una situación de independencia a una de dependencia, físicamente ha regresado a una etapa infantil; sin embargo, su capacidad mental no queda afectada por la lesión, por lo que es plenamente consciente de su incapacidad. La adaptación psicológica a la paraplejía va a pasar por una serie de estadios en los que el autoconcepto irá experimentando transformaciones. La mayoría de los autores, tanto desde el punto de vista teórico (Siller, 1969; Trieschman,

1981) como desde el punto de vista empírico (Fitting, 1979; Giallo, 1984; Green, 1984; Mayer, 1982; Ray y West, 1984; Riggini, 1976; Thuedt, 1984) consideran que la lesión medular traumática es una amenaza para la autoimagen. Al revisar la literatura científica sobre el tema pudimos comprobar que casi todos los estudios eran de carácter teórico. En cuanto a los empíricos, constatamos que, en muchos casos, ofrecían resultados contradictorios. En las investigaciones llevadas a cabo por Carlson (1979), Green y otros (1984), Kemp y Vash (1971), Kerr y Thomson (1972), no aparecen diferencias entre el autoconcepto de los parapléjicos y otros grupos control. Sin embargo, Ray y West (1984), Richards (1986), Mayer y Andrews (1981), Mayer y Eisenberg (1982) obtienen resultados de signo contrario. Hemos observado que los diseños no siempre están bien contruidos y/o las muestras no suficientemente definidas; por tanto, las conclusiones nos parecen difícilmente generalizables.

El objetivo de esta investigación es profundizar en el estudio del autoconcepto en los parapléjicos evaluándolo a través del test de Rorschach. No conocemos ninguna investigación que se haya realizado con esta técnica para evaluar el autoconcepto en los parapléjicos. Partimos de la hipótesis de que las graves alteraciones orgánicas producidas por la lesión han de originar alteraciones en el autoconcepto.

METODO

Sujetos: El estudio se ha llevado a cabo con un grupo de 50 parapléjicos varones de edades comprendidas entre 20 y 40 años. Todos ellos presentan una lesión medular traumática completa, dorsal o lumbar. Su nivel cultural es el siguiente: 30% nivel bajo (EGB), 50% nivel medio (Bachiller o similar), 18% nivel superior (universitarios).

El grupo control está formado por 50 varones físicamente normales, semejantes en edad y nivel cultural al grupo de los parapléjicos. En ambos casos hemos descartado a aquellos sujetos que habían recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico y a aquellos que presentaban trastornos emocionales importantes.

Instrumentos: Como instrumento de medida hemos empleado el Test de Rorschach, partiendo del Cluster de Percepción Personal propuesto por Exner (1986, 1990a). Se siguió el sistema de administración, corrección e interpretación desarrollado por Exner (1974, 1978, 1986, 1990a).

Las variables que componen el Cluster de Auto percepción son las siguientes: Egoc, Fr+rF, FD, V, MOR, H pura, An+Xy, Cont.M, FQ-.

Al tratarse de un estudio realizado con un grupo de parapléjicos

decidimos incluir una serie de variables en las que pensamos que podrían aparecer diferencias significativas con respecto al grupo de no parapléjicos, debido a los aspectos psicológicos que evalúan dichas variables. Posteriormente, en una comunicación personal, el profesor Exner (1988) mostró su acuerdo con respecto a la elección realizada. Estas variables son: Ma, Mp, a y p.

De esta forma disponíamos de 14 variables que nos permitían valorar el autoconcepto. No obstante, esto conlleva una dificultad, en el sentido de que no obteníamos una única puntuación de autoconcepto sino diversas aproximaciones. Precisamente por ello, Exner (1990b) ha identificado 8 variables cuya conjunción permite obtener una única puntuación de autoconcepto. Esta identificación está basada en aspectos teóricos que los diversos trabajos empíricos en curso de realización deberán apoyar o no. La nueva variable ha sido denominada "Self" y se construye a partir de los valores obtenidos en $3r+(2)/R$, FV, FD, H pura, MOR, $An+Xy$, H cont., FQ- $Fr+rF$ de la forma siguiente: Al sujeto se le asigna valor 1 ó 0 en función de las condiciones que especificamos a continuación, de tal forma que la variable "Self" es el resultado de la suma de 1 y 0 conseguidos según la fórmula siguiente $Self = S1+S2+S3+S4+S5+S6-S7-S8$.

Condiciones:

- | | | |
|--|-------|----------------------|
| 1. Si $(3r+(2)/R < 33)$ | _____ | S1 = 1 |
| En otro caso | _____ | S1 = 0 |
| 2. Si $(FV > 0)$ o $(FD > 1)$ | _____ | S2 = 1 |
| En otro caso | _____ | S2 = 0 |
| 3. Si $(H \text{ pura} < 2)$ | _____ | S3 = 1 |
| En otro caso | _____ | S3 S3 = 0 |
| 4. Si $(MOR > 1)$ | _____ | S4 = 1 |
| En otro caso | _____ | S4 = 0 |
| 5. Si $(An+Xy > 1)$ | _____ | S5 = 1 |
| En otro caso | _____ | S5 = 0 |
| 6. Si $H \text{ cont} = FQ-$ | _____ | S6 = 1 |
| En otro caso | _____ | S6 = 0 |
| 7. Si $((Fr+rF > 0)$ o $(3r+(2)/R > .43))$ | _____ | S7 = 1 |
| En otro caso | _____ | S7 = 0 |
| 8. Si $(H \text{ pura} > 3)$ | _____ | S8 = 1 |
| En otro caso | _____ | S8 = 0 |

Por tanto, la variable "Self" posee un rango que va desde -2 a +6, de tal forma que a menor puntuación mejora el autoconcepto ya que las puntuaciones positivas obtenidas en S1-S6 reflejan cualidades negativas del autoconcepto.

Análisis de datos

*Análisis comparativo de la variable "Self" entre los dos grupos, de Parapléjicos y No Parapléjicos, a través del estadístico Kruskal-Wallis. Este análisis se realizó mediante el programa 3S del paquete estadístico BMDP.

* Análisis correlacional comparando la distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en los dos grupos de sujetos mediante el estadístico X². Este análisis se realizó mediante el programa 4F del paquete estadístico BMDP.

*Análisis de covarianza: Como covariante figuraba el número de respuestas de cada sujeto. Como variable clasificatoria o variable independiente: "Parapléjico o No Parapléjico" y como variable dependiente las puntuaciones o variables seleccionadas del Rorschach (Variables del Cluster de Autopercepción). Este análisis se llevó a cabo mediante el programa 1V del paquete estadístico BMDP.

RESULTADOS

Con respecto a la variable "Self" el análisis efectuado refleja que existen diferencias significativas entre los grupos (KW = 7,63, N.S.= .0057).

Vemos que se confirma nuestra hipótesis: el grupo de Parapléjicos difiere del grupo de No Parapléjicos en la medida del autoconcepto mediante la variable "Self" generada a partir de las variables del Cluster de Autopercepción del Test de Rorschach. Los Parapléjicos presentan un autoconcepto más negativo que los No Parapléjicos pues obtienen una puntuación más alta.

Además hemos analizado la distribución de la variable "Self" en ambos grupos de sujetos. Para ello se ha utilizado el índice X² que nos permite ver con mayor exactitud lo que ya apuntaba el índice de Kruskal-Wallis.

En la siguiente Tabla se muestra la distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en ambos grupos.

Tabla 1.

Distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en los grupos de P y NP

Frecuencias observadas				
GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PARA	6	34	10	50
NO PARA	15	33	2	50
TOTAL	21	67	12	100

Frecuencias esperadas				
GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PARA	10.5	33.5	6.0	50.0
NO PARA	10.5	33.5	6.0	50.0
TOTAL	21.0	67.0	12.0	100.0

$X^2 = 9.205$ $p = .01$

Los datos obtenidos nos indican que existe relación significativa entre "Self" y ser o no ser parapléjico. No obstante la covarianza o % de varianza compartida es baja ($C=29$, $C^2=0841$).

Los Parapléjicos tienden a dar puntuaciones de 4 a 6, mientras que los No Parapléjicos tienden a dar puntuaciones de -2 a 0, intervalo que corresponde con los elementos más positivos de la variable "Self".

A partir de la comprobación de esta hipótesis con el Test de Rorschach, hemos realizado una diferencia de medias entre ambos grupos en cada una de las variables que componen el Cluster de Autopercepción propuesto por Exner (1986, 1988) para poder precisar más nuestros resultados.

En la Tabla 2 se presentan las diferencias de medias ajustadas (habiéndose controlado la influencia del número de respuestas) halladas entre los grupos de Parapléjicos y No Parapléjicos referidos a las variables del Rorschach estudiadas (Cluster de Autopercepción de Exner (1986, 1988)).

Tabla 2.

Diferencias de Medias Ajustadas entre P y NP en el Test de Rorschach

	\bar{x} ajust.P	\bar{x} ajust.NP	F	Prob.
FQ-	4.63	5.01	.584	.4467
M	2.04	2.78	3.759	.0554
Ma	.98	1.75	7.272	.0083
Mp	1.10	1.00	.197	.6581
a	2.57	4.04	7.172	.0087
p	2.36	2.34	.009	.9663
V	.16	.14	.093	.7615
Fr	.18	.32	1.004	.3188
Par	5.00	5.56	.880	.3506
FD	.19	.47	6.093	.0153
Egoc	.28	.34	2.299	.1357
H	2.36	2.98	3.657	.0588
MOR	.83	.78	.029	.8653
An	2.69	1.16	12.873	.0005
Xy	.10	.16	.484	.4883
AnXy	2.79	1.32	11.498	.0010

Vamos a describir los datos obtenidos en este análisis.

La diferencia más significativa corresponde a las variables An y AnXy (n.c. 99.9). Exner (1986, 1988) incluye únicamente AnXy en el Cluster de Autopercepción. Nos ha parecido conveniente separar las variables An y Xy para poder comprobar si las diferencias venían marcadas por ambas o sólo por una de las dos. En efecto, la variable Xy no diferencia a ambos grupos. Son las únicas variables significativas en las que los Parapléjicos dan una media más alta que los No Parapléjicos.

Ma y a: En ambas variables la diferencia es significativa al n.c. : 99.5. Los Parapléjicos dan significativamente menos respuestas de movimiento humano activo, pero además también dan menos respuestas de movimiento activo en general.

FD, M y H: Los No Parapléjicos dan un número significativamente más alto de respuestas de contenido humano. Perciben figuras humanas completas y figuras humanas en movimiento en mayor número que los Parapléjicos. También dan mayor número de respuestas Forma*dimensión.

Sin embargo, en el índice de egocentrismo (Egoc), que de manera más global representa la autoestima, no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos.

La interpretación que podemos dar a estos resultados es que los Parapléjicos tienen mayor dificultad para poder percibir figuras humanas completas (H), quizá debido a un sentimiento de fragmentación del cuerpo producido por su lesión, lo que hace aumentar notablemente las respuestas

anatómicas (An); su preocupación por el cuerpo es muy fuerte con una expresión directa y afectiva de la misma, sin intentar resistir a la tensión que ello origina ni ocultarla (An es significativa, pero no Xy).

La gran presencia de An y las pocas H también nos pueden indicar falta de interacción con el entorno. Posiblemente el Parapléjico está tan preocupado por sí mismo que no puede interactuar, ni tomar una posición activa (Ma y a más altas en los No Parapléjicos). en su enfrentamiento con el mundo.

Parece que, además, los Parapléjicos disponen de menos recursos ideacionales internos organizados que le permitan una buena adaptación con el mundo externo ($M < \text{en P}$).

La variable FD también es mayor en los No Parapléjicos. Esto nos hace pensar que los Parapléjicos tienen una actitud más defensiva al enfrentarse consigo mismos. Posiblemente no han podido aceptar su situación y ello les dificulta realizar el examen de sí mismos a través de un razonamiento centrado en el Yo y sus aspectos positivos y negativos (Exner, 1978). Este aspecto referido anteriormente estaría relacionado con la menor presencia de M en los Parapléjicos.

Vemos, pues, a través del Cluster de Autopercepción propuesto por Exner, que aparecen diferencias en algunas variables importantes. Esto indicaría una autopercepción más negativa en los Parapléjicos.

La inclusión de las variables Ma, Mp, a y p, nos pareció importante para obtener información acerca de la representación diferenciada del propio cuerpo, así como del tipo de identificaciones que realizan los sujetos parapléjicos. También hemos querido analizar las características de las respuestas de movimiento humano.

Hemos llevado a cabo un análisis correlacional entre los grupos Parapléjicos y No Parapléjicos, utilizando el estadístico X^2 con respecto a las variables del Rorschach: Ma : Mp, a : p, tipo de respuestas de movimiento humano.

En las Tablas 3 y 4 se muestran las distribuciones de frecuencias obtenidas en las proporciones Ma : Mp y a : p en cada uno de los grupos. En ambas variables existen tres categorías: $a > p$, $a < p$ y $a = p$.

Tabla 3.

Distribución de los sujetos P y NP en la variable Ma : Mp

	P	NP
Ma > Mp	16	27
Ma < Mp	21	10
Ma = Mp	7	8
Total	44	45

$$X^2 = 6.28 \quad C = 0.26 \quad RC = 2.45 \quad (= 0.01)$$

Tabla 4.

Distribución de los sujetos P y NP en la variable a : p

	P	NP
a > p	22	32
a < p	16	11
a = p	10	6
Total	48	49

$X^2 = 3.77$ C = 0.19 RC = 1.87 (no significativo)

Como podemos ver, existe relación significativa ($= 0.01$) entre ser parapléjico o no serlo y la variable Ma : Mp, de tal forma que el grupo de Parapléjicos da más respuestas de movimiento humano pasivo que el grupo de No Parapléjicos, mientras que éste último da más respuestas de movimiento humano activo.

Sin embargo, no aparece tal relación significativa entre ser Parapléjico o no serlo y la variable a : p. No obstante, sí existe una tendencia de respuesta diferente entre ambos, ya que los No Parapléjicos dan en mayor medida a > p y los Parapléjicos dan en mayor medida a < p.

Dentro del grupo de Parapléjicos existe un mayor número de sujetos en los que predomina Mp sobre Ma. Todo ello nos indica que la representación diferenciada del propio cuerpo y la identificación o búsqueda de identificación es pasiva, con tendencia a un mayor número de conductas pasivas.

Existe la probabilidad de que las fantasías del sujeto respondan más a actividades que inician los otros que a las que puede iniciar él mismo. La ideación se utilizaría más como refugio frente a los problemas.

Esto lo podemos interpretar como proyección de su modo de vida, al ser pasivos se están adaptando a sus necesidades y a que otros les cuiden. También, una representación real: la proyección de su propio movimiento en cuanto no tienen otras opciones.

Asimismo nos parece importante el análisis de los diferentes tipos de movimiento. Diferenciar si se trata de respuestas de una sola persona o de figuras en interacción y, por último, describir el carácter de esa interacción.

En la Tabla 5 se muestran las distribuciones de frecuencias de respuestas de movimiento humano de una o dos personas en cada uno de los grupos.

Tabla 5.

Respuestas M en 1 o 2 personas en P y NP

	1 persona	2 personas	Total
P	25	70	95
NP	51	88	139
Total	76	158	234

$X^2 = 1.84$ C = 0.12 RC = 1.84 (No signif. al 0.05)

No encontramos relación significativa entre ser Parapléjico o No Parapléjico y la variable 1 o 2 personas.

En la Tabla 6 se muestran las distribuciones de frecuencias respecto al tipo de movimiento (agresivo, mórbido, de cooperación o indiferente) en cada uno de los grupos (P y NP).

Tabla 6.

Tipos de movimientos en P y NP

	AG	MOR	COP	IND	TOTAL
P	16	4	43	33	96
NP	20	9	62	54	145
Total	36	13	105	87	241

$X^2 = 0.95$ C = 0.06 RC = 0.93 (No signif. al 0.05)

No encontramos relación significativa entre ser Parapléjico o No Parapléjico y la variable tipo de movimiento.

Vemos, pues, que sólo aparecen diferencias significativas entre Ma y Mp, pero no respecto al tipo de movimiento humano. Los Parapléjicos establecen el mismo tipo de relaciones interpersonales, aunque marcadas por la dependencia.

Los Parapléjicos proyectan su experiencia corporal pasiva, pero parece que ésta no hace diferente su relación con los demás. Su modo de vida actual no les hace ser más agresivos ni cooperadores que los No Parapléjicos.

Resumiendo, encontramos diferencias significativas en el nivel de autoconcepto global, siendo más negativo el autoconcepto del grupo de Parapléjicos. Además, los Parapléjicos muestran una intensa preocupación por su propio cuerpo que sienten como fragmentado. Es significativa la falta de interacción con su entorno y una actitud defensiva al enfrentarse

consigo mismos. La representación de sí mismos es de tipo predominantemente pasivo y dependiente.

CONCLUSIONES

Nos parece que el test de Rorschach puede convertirse en una buena aportación al estudio del autoconcepto. Las recientes investigaciones de Exner (1986, 1988, 1990) en las que se han ido configurando los "clusters" de variables para la interpretación del Rorschach constituyen un futuro prometedor.

Este estudio, primero que conocemos que haya evaluado el autoconcepto de los paraplégicos a través del Cluster de Autopercepción propuesto por Exner, pensamos que ofrece resultados alentadores, aunque es necesario realizar otras investigaciones con muestras más amplias para que estos resultados tengan mayor consistencia y puedan ser generalizables. Por tanto, consideramos este trabajo como un estudio aproximativo al autoconcepto de los paraplégicos.

BIBLIOGRAFIA

CARLSON, C. E. (1979). Conceptual style and life satisfaction following spinal cord injury, *Archives of Physical and Medicine Rehabilitation*, 60, 346-359.

EXNER, J. E. (1974). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol.I*. New York: J.Wiley & Sons. (Traducción al castellano: *Sistema Comprensivo del Rorschach. Tomos I y II*. Madrid: Pablo del Río, Ed., S.A., 1978 a y b).

EXNER, J. E. (1978). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol.II*. Current Research and Advanced Interpretation. New York: J.Wiley & Sons. (Traducción al castellano: *Sistema Comprensivo del Rorschach. Tomo III*. Madrid: Pablo del Río, Ed., S.A. 1981).

EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol I: Basic Foundations*. (Second Edition). New York: J.Wiley & Sons.

EXNER, J. E. (1990a). La interpretación del Rorschach. Seminario impartido en Madrid. Workshop.

EXNER, J. E. (1990b). Comunicación personal.

FITTING, M D y otros (1978) Self-concept and sexuality of spinal cord injured women. *Archives of Sexual Behavior*, 7, (2) 143-156

GIALLO, J B (1986) The effects of a twelve days camping experience on the self-concept of physically handicapped. *Dissertation Abstracts International*, 46, (8-B), 2786.

GREEN, B C, PRATT, C C y GRIGSBY, T. E. (1984). Self-concept among persons with long-term spinal cord injury. *Archives of Physical and Medicine Rehabilitation*, 65, 751-754.

KEMP, B.J y VASH, C (1971) Productivity after injury in a sample of spinal injured persons. A Pilot study. *Journal of Chronic Disease*, 24, 259-275.

KERR, W. G. y THOMSON, M. A. (1972). Acceptance of disability of sudden onset in paraplegia. *Paraplegia*, 10, 94-102

MAYER, T y ANDREWS, H. B. (1981). Change in self-concept following a spinal cord injury. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 12, (3), 364-365.

MAYER, J. D. y EISENBERG, M. G. (1982). Self-concept and the spinal cord injured: An investigation using the TSCS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, (40), 604-605.

RAY, A. B. y WEST, J. (1983). Spinal cord injury: The nature of its implications and ways of coping. *International Journal of Rehabilitation Research*, 6, (3), 364-365.

RICHARDS, J. S. y otros (1980). Psychological aspects of chronic pain in spinal cord injury. *Pain*, 8, 355-366.

RIGGIN, O. (1976) A comparison of individual and group therapy on self-concept and depression of patients with spinal cord injury. *Dissertation Abstracts International*, 37, (6-A), 3528-3529.

SILLER, J. (1969). Psychological situation of disabled with spinal cord injuries. *Rehabilitation Literature*, 30, 290-296.

TEAL, J. C. y ATHELSTAN, G. T. (1975). Sexuality and spinal cord injury: Some psychological considerations. *Archives of Physical and Medicine Rehabilitation*, 56, 64-68.

THUEDT, S. S. (1984). The effects of disability type-visible or non-visible on the acceptance of disability and self-concept of physically disabled university students. *Tesis Doctoral*. Universidad de Arizona.

TRIESCHMANN, R. B. (1984). Psychological aspects of spinal cord injury. En Golden: Ch. (Ed.): *Current Topics in Rehabilitation Psychology*. New York: Grune & Stratton.

El Rorschach de Rorschach es el Rorschach*

Fernando Silberstein

Cuántas veces se ha intentado indagar en la personalidad de Rorschach. Sea porque murió joven o sea por el carácter en alguna medida intuitiva del trabajo que lo hizo célebre, es un hombre que permanece en una relativa bruma. Y como para un rorschachista no hay mayor curiosidad que la de ver un protocolo de alguien, cuánto que desearíamos poder ver el protocolo del propio autor del test! Sin embargo no creo que sería imaginar demasiado el pensar que es probable que se lo haya autoadministrado, y que exista entre las docenas de protocolos sin publicar que todavía existen. Hasta que esto suceda es factible tener una idea aproximada, proyección mediante, de las características de ese protocolo.

Si aceptamos que el inconsciente existe y que toda acción está sobredeterminada, entonces no queda lugar para el azar. Quien haya intentado hacer láminas del tipo de las del test, puede llegar a darse cuenta de lo difícil que resulta encontrar formas tan dinámicas, tan sugestivas y tan equilibradas. No son láminas hechas por cualquier persona. Son figuras hechas por un pintor que en su vida personal gustaba sobre todo del dibujo, y del que se conserva aún obra pictórica. Entonces, si las láminas son buenas obras que dejaron satisfecho al autor**, es porque deben contener aún hoy contenidos inconscientes proyectados del propio Rorschach.

Con todo, cómo saber cuál de las tantas imágenes posibles él vió, habida cuenta, además, de todo el cambio cultural que nos distancia de las respuestas de la Suiza alemana de 1920? Pero Rorschach nos deja en el Psicodiagnóstico una descripción de las láminas, de modo que si no podemos conocer los contenidos es posible llegar a los determinantes. Esta clasificación sería:

L I F, M
L II M, CF
L III M
L IV F
L V F
L VI F
L VII F

* Reproducido por autorización del autor del Boletín Informativo No.8, Año 2, de A.D.E.I.P.(Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico)

** Nota del Editor: Sin olvidar la influencia del imprentero que sólo quiso reproducir diez láminas y no el número que deseaba su creador

L VIII FC
L IX CF,M
L X CF

Esto da $F = 5$, $M = 4$, $FC = 1$, $CF = 3$, o sea un psicograma con cuatro respuestas de movimiento, cinco de forma y cuatro de color. Es decir clasificando la descripción que Rorschach da de sus propias respuestas el resultado es una fórmula ambigüal.

Desde luego que el procedimiento es discutible. Sin embargo, si pudiéramos clasificar las formas que Rorschach dibujó inconscientemente en las láminas, este protocolo sería mucho más preciso. Esto no resulta aún posible con nuestros conocimientos actuales más dedicados a clasificar respuestas verbales que respuestas visuales. Pero deberá ser también una meta, en mi opinión.

Ahora bien, si nuestro autor tenía también un inconsciente como parece posible afirmar, entonces por qué incluyó los casos que incluyó en su casuística? No existe algo asimismo aquí de una selección inconsciente de sí mismo?

Con el fin de continuar el juego y siendo muy difícil analizar los casos por las respuestas dadas, tomamos entonces el número total de determinantes que él incluye en los protocolos de ejemplo. No se trata de prorratearlos porque hay un buen número de casos en que faltan grupos de respuestas, sino de observar la proporción que existe entre los determinantes que Rorschach puso. Tomamos la proporción porque es el criterio que él enfatiza.

La suma total de determinantes da:

$M = 135$; $F = 604$; $FC = 56$; $CF = 50$.

Es decir, un protocolo en principio absolutamente plausible. El alto número de respuestas de forma corresponde a lo que era habitual en la clasificación del propio Rorschach ya que un buen número de respuestas que hoy clasificamos en otras columnas, entonces no se conocían. La proporción corresponde exactamente a la proporción de los protocolos usuales en ese capítulo.

Si dividimos por cincuenta todos los resultados, para tener números más parecidos a los que trabajamos usualmente, tenemos:

$M = 2.7$; $F = 12.8$; $FC = 1.12$; $CF = 1$

El tipo vivencial sería: 2.7 1.62

Es decir, nuevamente obtenemos un protocolo ambigüal, con una leve diferencia a favor de las respuestas de movimiento.

En el texto del Psicodiagnóstico se lee que los pintores son tipos ambiguales. Y que existe un tipo de pintores con leve predominio del movimiento sobre el color, son los simbolistas, los expresionistas, los que enfatizan los temas interiores y el claroscuro. Las categorías siguientes

de ambiguales, y de predominio del color sobre el movimiento están descritos por Rorschach con cierta descalificación.

Este análisis dicho sea de paso constituye un buen ejemplo de clasificación sobre aspectos visuales directamente no ligados al test y no sólo sobre las respuestas. Rorschach creía que la clasificación permitía estudiar la pintura de épocas pasadas y conocer así la mentalidad de la época correspondiente.

La biografía que escribió su esposa Olga da cuenta de un tipo aperceptivo ambigüal, que era como además el propio Rorschach se consideraba*.

El caso número dos de la casuística del Psicodiagnóstico se titula "Protocolo aproximado de un sujeto sobrenormal medio". Realmente no llego a comprender qué significa en este contexto "aproximado". Es un universitario de 29 años. Es un protocolo de 41 respuestas, con seis respuestas de movimiento, 29 de forma, y seis en total de color, 4 de FC y 2 de CF. Es entonces un tipo ambigüal, pero que describe como con una inteligencia más abstracta que concreta. Los datos que da son que es un sujeto que se dedica a las ciencias naturales, que es talentoso porque además dibuja y pinta. De una cultura amplia pero además muy especializado. Y más entusiasta que persistente.

Verdaderamente mi impresión personal es que éste muy bien podría ser el protocolo del propio Rorschach, sea porque lo es o sea por proyección, pero las descripciones que da se ajustan muy bien a los datos que tenemos de él, por sí mismo, y por sus biografías.

El análisis que hace del caso es por un lado bastante elogioso y da cuenta de ciertos elementos de la personalidad que hacen pensar en que conoce aspectos varios de su personalidad. Dice por ejemplo: "Comparado con su afectividad, este tipo de inteligencia es capaz de entusiasmarse en tareas especiales; no tanto en trabajos concretos que exigen constancia y paciencia, cuanto en la búsqueda de problemas más o menos remotos, aplicando siempre los medios de una aguda actividad asociativa y una constante minuciosidad". Lo cual es una buena descripción de las inquietudes que están detrás del propio Psicodiagnóstico.

En el análisis psicopatológico que alguna vez habría que hacer de nuestro autor preferido, se encontrarían sin duda aspectos negadores y núcleos depresivos. Rorschach nunca quiso analizarse, era un hombre muy dado a los chistes y a las bromas, con las que saltaba y se reponía de los momentos depresivos ligados a las pérdidas reales sufridas en su infancia

*Nota del Editor Que Rorschach mismo consideraba el ideal!

y en su adolescencia. Esto queda muy claro en la descripción un poco ingenua que hace Ana, la hermana preferida de Rorschach.

Su muerte sólo puede explicarse como la consecuencia de una negación marcada. Como sabemos sufrió durante una semana dolores en el bajo vientre, pero a pesar de las recomendaciones de varios médicos y de ser él mismo médico, no ingresa inmediatamente en un hospital*. Cuando ingresa se le diagnostica ya una peritonitis grave con ictericia, inoperable.

Muere un día después, y según cuenta Ellenberger, no pudo establecerse en la autopsia posterior si había sido por la inflamación aguda o por la perforación del ciego.

En el protocolo número dos hay respuestas de espacio en blanco en la lámina II, que según algunas observaciones mías corresponden a núcleos depresivos sin sintomatología en el momento de la administración, respuestas narcisistas, respuestas sádico-orales, contenidos depresivos y contenidos maníacos.

Quizás este sea el protocolo o quizás no. Pero se le parece bastante al que podría ser. Y existen en el sujeto de este protocolo suficientes elementos como para favorecer una identificación de Rorschach con él, si es el caso de que no lo sea.

Queda solamente justificar una tal identificación con el caso de un sujeto "normal". Creo que ninguno de nosotros en esta época sería capaz de ubicarse en el grupo de los sujetos normales; pero en esa época, el médico era un paradigma del ser normal. El propio Freud en la *Psicopatología de la Vida Cotidiana* y más aún en la *Interpretación de los Sueños*, da ejemplos de sí para demostrar que estos fenómenos existen en el hombre normal. Y pese a las críticas contemporáneas que sufrió, a nadie de esa época se le ocurrió pensar que Freud pudiera ser "loco".

Más aún entonces en este psiquiatra que gustando del psicoanálisis nunca aceptó hacerse un análisis, pese a las propuestas que reiteradamente le hicieron al respecto, es posible pensar que él corresponde bien a un "tipo sobrenormal médi(c)o".

BIBLIOGRAFIA

RORSCHACH, H y otros (1967) *Obras Menores e Inéditas*, recopilación de K Bash. Madrid: Morata.

SILBERSTEIN, F (1983) Acerca de las respuestas a la lámina II del Rorschach. trabajo leído en el V Congreso Latinoamericano de Rorschach. Montevideo.

* Nota del Editor (irreprimible y aplicando una visión de estilo Exneriano) era un ambiguo indeciso.

Análisis de las respuestas al test de Rorschach de un grupo de sujetos afectados de un primer infarto de miocardio

A. M.^a Tuset Bertrán

El objetivo principal de este trabajo ha sido contribuir al estudio de la personalidad del paciente con infarto de miocardio adoptando una perspectiva distinta a la utilizada comúnmente en los trabajos sobre tipo A, el patrón de conducta descrito por Rosenman y Friedman en 1959. Nuestro interés ha sido abordar este estudio utilizando el Psicodiagnóstico de Rorschach. El trabajo se llevó a cabo en un hospital de tipo terciario y se utilizó una muestra de 50 sujetos (45 hombres y 5 mujeres), menores de 65 años, con un diagnóstico claro de primer infarto. Se administró el test durante la hospitalización y de nuevo a los tres meses para discriminar entre la reacción a la situación traumática y las características más estables de la personalidad. Se complementó la información proporcionada por el test con dos entrevistas semidirigidas, la primera encaminada a estudiar los antecedentes de la crisis coronaria y la segunda para evaluar los cambios producidos por la enfermedad. La extensión y gravedad del infarto y su evolución se evaluaron a través de pruebas médicas y diagnósticos clínicos durante la hospitalización, a los tres meses, al año y a los cinco años. Al comparar los resultados entre las dos administraciones del Rorschach, observamos que solamente 10 de las 40 variables analizadas presentan diferencias significativas entre el primer y el segundo test. Estas diferencias apuntan a que, en el momento de la hospitalización, hay una baja autoestima y una restricción del campo de sus intereses a su estado físico, pero no hay signos claros ni de depresión ni de estrés, como esperábamos encontrar. Llama la atención, en este sentido, que estos sujetos logren mantenerse poco conscientes de la situación a pesar del evidente riesgo de muerte. Los resultados que no varían de un protocolo a otro, y que por ello consideramos como características básicas de la personalidad de estos pacientes, son los siguientes: son poco productivos y con escasa capacidad ideacional, su respuesta afectiva está restringida y cuando se produce es impulsiva y poco controlada por procesos cognitivos, niegan la existencia de demandas internas o externas; sus recursos adaptativos son limitados, muestran poco interés en las relaciones interpersonales, son simples y concretos en el procesamiento de la información, tienen una percepción de la realidad excesivamente personal y/o distorsionada. Nuestros resultados son parecidos a los observados por

autores que defienden la existencia de un perfil psicossomático en el Rorschach (Beck, 1968; Green, 1973; Melon, 1978; Bash, 1986), excepto en las variables de convencionalidad y precisión perceptiva. El análisis discriminante de las variables Rorschach revela que hay dos variables que predicen la evolución post-infarto tanto en el primer como en el segundo test (M y X+%). Los sujetos que son capaces de percibir su situación adecuadamente y de reflexionar sobre ella, son los que tienen un peor pronóstico. Los datos de la entrevista apuntan a que un alto porcentaje de estos sujetos ha vivido situaciones muy difíciles durante su infancia (horfandad, separación de los padres, situaciones de miseria...) y en los años inmediatamente anteriores al infarto (conflictos laborales y/o familiares). En la segunda entrevista, a los tres meses del infarto, observamos que se han producido cambios importantes en las relaciones familiares y laborales como consecuencia de la enfermedad. Muchos presentan molestias (fatiga, irritabilidad, trastornos del sueño y de la sexualidad) que, en su mayor parte, no guardan relación con su estado físico evaluado a través del diagnóstico clínico y las pruebas. De los resultados en el Rorschach y en la entrevista pueden deducirse algunas orientaciones terapéuticas para estos pacientes. La primera de ellas es que se trata de un grupo difícilmente tratable. La segunda es que parece inadecuada la utilización de técnicas terapéuticas de "descubrimiento", ya que la mayor conciencia de su situación se relaciona con un empeoramiento de su estado físico.

Parece más adecuado la utilización de técnicas de apoyo o directivas con un doble objetivo: modificar los factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo etc.) y mejorar su calidad de vida, al ayudarles a resolver los numerosos trastornos desencadenados por la enfermedad que conducen en muchos casos a una invalidez injustificada. Nuestros datos sugieren que las variables psicológicas son determinantes en la evolución de estos pacientes. De estas variables psicológicas, las más discriminativas son las relacionadas con características estables de la personalidad (evaluadas a través del Rorschach) y no con la historia personal del sujeto (que corresponderían a la tradicional evaluación de acontecimientos vitales).

Adolescencia y procesos de identificación

Gloria Aguirre LLagostera

En esta Tesis se ha pretendido llevar a cabo una observación de las características relevantes del proceso de identificación, en dos grupos de adolescentes

Dicha tarea comportaba un doble objetivo primero, definir el proceso a observar y en segundo lugar hallar los medios adecuados para realizar dicha observación.

Para la conceptualización del proceso de identificación se ha utilizado el marco de la teoría psicoanalítica y dentro de ella el estudio exhaustivo del concepto de identificación en la obra de Freud llegándose a la siguiente definición

La identificación es un proceso de apropiación selectiva en el que el individuo incorpora aspectos o propiedades de los objetos con los que mantiene una relación significativa. Las primeras de dichas incorporaciones configuran un núcleo en el Yo, resistente al cambio, que, al quedar reorganizado como ideal de Yo-Superyo, promueve una progresiva transformación del sujeto puesto que le orienta a través de otras relaciones posibles.

La finalidad del proceso está en la constitución de un sujeto que, mediante la apropiación, logra diferenciarse conservando a la vez aquello que ha valorado en la relación

Se trata de un proceso permanentemente activo a lo largo de todo el ciclo vital pero más evidente en momentos evolutivos que comportan un cambio evidente o un proceso de separación

La consideración anterior justifica nuestra decisión de escoger la adolescencia como momento evolutivo privilegiado para realizar la observación.

La adolescencia es un momento evolutivo que se caracteriza por cambios evidentes observables en el desarrollo físico, en la transformación de los procesos de pensamiento y en la aparición de nuevas formas de relación.

Hemos aprovechado el aspecto de amplificador que puede tener el grupo, dentro de las relaciones de los adolescentes, para plantear, dentro de él, la realización de nuestra observación

Consideramos el intercambio afectivo como un indicador del proceso de identificación de lo que el sujeto valora y desea conservar como propio y de lo que el sujeto rechaza y desea alejar de sí mismo

LA OBSERVACION

Procedimos a la observación de características individuales y grupales, que considerábamos vinculadas con el proceso, para lo cual se seleccionaron dos grupos naturales de sujetos, procedentes de un medio estable desde el punto de vista sociocultural, para limitar la incidencia de otras variables intervinientes.

La muestra quedó constituida por dos grupos de clase formados por treinta y ocho y cuarenta sujetos pertenecientes a 8º de E. G. B. y 2.º de B. U. P., respectivamente.

Las características grupales fueron observadas mediante un sociograma y una adaptación del Test Desiderativo que nos permitieron delimitar los sujetos que polarizaban los afectos, en el grupo, y las características de esos afectos.

Los aspectos individuales fueron observados a través de dos entrevistas con cada uno de los sujetos, en las cuales además de un comentario sobre una autodescripción, previamente realizada, se aplicaba un Test de Rorschach y se pedía la realización del Dibujo de la Figura Humana.

RESULTADOS

El grupo de sujetos que catalizaba los afectos positivos estaba constituido por chicos y chicas que sus compañeros caracterizaban con diversas cualidades. En los primeros lugares, para ambos grupos, figuraban los atributos de: Cordialidad; Lealtad; Capacidad de pensamiento; Aceptación social; Diferenciación, en el grupo de los mayores; Exito, sobre todo escolar, y Coincidencia afectiva o de pensamiento.

Los afectos negativos recaían sobre los compañeros a los que se les atribuían, entre otras, las características de: Desconsiderado con los demás; Dificultad de contacto; Falta de aceptación social; Superficialidad; Aspecto físico poco agradable; Desacuerdo general; Falta de adaptación, sólo en el grupo de 8º; Actitud de superioridad, e Hipertrofia de alguna cualidad, únicamente en el grupo de 2.º.

Ambos grupos pretenden conservar aquellas características que matizan afectivamente la relación con un mayor acento en la aceptación social en los sujetos más jóvenes y una mayor importancia a las capacidades personales y la diferenciación en los sujetos mayores, de nuestra muestra. Entre lo que se desea descartar se halla todo lo que pudiera hacer conflictiva la relación y las características de inmadurez o falta de capacidad, se observa una mayor preocupación por lo concreto en los individuos más

jóvenes frente al rechazo de la superficialidad y la falta de equilibrio en los sujetos mayores.

El análisis estadístico de los resultados individuales muestra que los sujetos elegidos por el grupo como modelos de identificación o los rechazados, en un movimiento que podríamos llamar de contraidentificación se comportan homogéneamente con valores opuestos, con respecto a las siguientes características:

1. La posibilidad de autorrepresentación.
2. La capacidad de razonamiento, de imaginación y de conceptualización.
3. Contenido ideativo: tipo de acciones o interacciones proyectadas.
4. La convencionalidad entendida como la capacidad de percibir lo obvio.
5. La capacidad de evocación de un mundo habitado.
6. Las cualidades atribuidas a los objetos percibidos.
7. Los resultados escolares.

Todas estas variables, por estar al servicio del intercambio afectivo, están relacionadas con el proceso de identificación, y ninguna de ellas por si sola puede dar cuenta de su totalidad.

La identificación es un proceso interno derivado de la experiencia de relación, es el equivalente en el medio humano de lo que en el biológico sería la adaptación. Parafraseando a Freud diríamos que el individuo es una obra de cultura, pero añadiendo que se trata de una cultura en la que las construcciones se inician básicamente con lo que de otros se toma.

Cartas al editor

Sin novedades en este frente.

Notas y noticias

Este año ha sido pródigo en cuanto a reuniones interesantes, sobre todo fuera de España: en Marzo tuvo lugar el Annual Mid-winter Meeting de la Society for Personality Assessment (SPA), en Nueva Orleans, USA, sociedad que ya cuenta con más de 2000 miembros! Tal vez el aspecto más relevante, desde el punto de vista del Rorschach, fue la colaboración entre los dos enfoques históricos del Psicodiagnóstico: el experimental caracterizado por el trabajo de John Exner, y el conceptual basado en el trabajo de David Rapaport y fundamentado en la teoría psicoanalítica, que se concretizó en un workshop sobre interpretación co-dirigido por J.Exner y P.M.Lerner (actual presidente de la SPA). No sabemos con qué éxito, pero el esfuerzo parece por lo menos meritorio...

Por su parte en la Conferencia de verano (Julio) de la Sociedad Británica, sobre todo se discutieron tres temas: los usos corrientes de las técnicas proyectivas (en el trabajo con niños con problemas de aprendizaje, en la neuropsicología y en las aplicaciones en psicoterapia), la evaluación de las mismas, y los enfoques proyectivos en la formación de grupos profesionales (psicólogos clínicos, educacionales, trabajadores sociales, etc.), con una discusión general sobre formación.

Mientras que el grupo francófono (Bélgica, Suiza y Francia) se ocupó en sus dos reuniones anuales de las técnicas proyectivas en el adolescente (Junio, París) y en los estados depresivos (esta reunión tendrá lugar en Noviembre -23 y 24- en Rouffach, ciudad situada entre Mulhouse y Estrasburgo) con un programa denso y ciertamente interesante.

La nueva Asociación Rorschach Europea (ERA) compuesta por rorschachistas que utilizan el Sistema Comprehensivo de Exner y cuyas metas incluyen el establecimiento de datos normativos, válidos para los países de Europa, la promoción y facilitación del intercambio, y la organización de la enseñanza y formación en este método, tuvo su primer Congreso en Septiembre, en París.

Asimismo, la relativamente nueva Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP) celebrará sus III Jornadas Nacio-

nales en Noviembre, en San Luis, Argentina, en base a los siguientes temas: "Problemas epistemológicos en el psicodiagnóstico", "El problema de la articulación teoría-práctica en las diferentes áreas: clínica, social, laboral, jurídica, educacional y sanitaria", y "Proceso psicodiagnóstico y teorías psicológicas: su articulación". Cuánta actividad, no es cierto? Cuánto interés en las técnicas proyectivas y en la profundización de su comprensión y aplicaciones.

Interés y temas casi ausentes tanto del enorme II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos (Abril, Valencia) como del enorme y reciente II Congreso de Evaluación Psicológica celebrado en Barcelona en Septiembre, en el que el Rorschach brilló muy fugazmente en pequeños simposia. Lo que sí es cierto, es que en esta última oportunidad los ponentes tuvieron el placer de poder discutir sus ideas con toda tranquilidad y tiempo, hecho en general y lamentablemente poco frecuente.

En la Sociedad Catalana se presentaron y discutieron las tesis doctorales de G. Aguirre y A. Tuset, un trabajo de V. Campo sobre C' y la aplicación del Pata Negra en un caso adulto por J. Bachs. Las sesiones clínicas abiertas en Enero, Marzo y Mayo fueron muy concurridas y versaron sobre tres temas bien diferentes: "Seguimiento de un caso de psicoterapia a través del Rorschach", con D. Meltzer; "Análisis de la interacción emocional maestro-niño en el parvulario", coordinada por C. Amorós, contó con la presencia de E. Osborne y E. Dowling de la Tavistock Clinic y con varios miembros del IMIPAE; y, finalmente, "Trabajo psicoanalítico con familias. Evaluación e indicaciones terapéuticas", bajo la dirección de J. E. Thomas, de la Tavistock Clinic.

También cabe una mención muy especial del extraordinariamente hermoso y entrañable Homenaje a Alberto J. Campo, que esta editora vuelve a agradecer muy profundamente.

Revista de libros

The Rorschach: A Comprehensive System, II (2da.ed.revisada) John E. Exner (1991) New York: John Wiley & Sons, Inc.

El maestro nos sigue informando acerca de los últimos cambios acaecidos en el sistema, en parte ya mencionados en la "Carta a los alumnos" del año anterior (1990). Sobre todo me parecieron interesantes, para la enseñanza del sistema, el trato de los datos a través de los "clusters", y la presentación minuciosa de las numerosas alternativas interpretativas en el análisis, sobre todo, de los diferentes aspectos del Resumen Estructural (primer caso). Es cierto, también, por lo menos para mí, que Exner en esta última versión, se parece algo menos al Exner que conocimos en 1978 en su primer "Alumni Tutorial" workshop en Barcelona, cuando discutíamos acaloradamente su enfoque experimental y ecléctico del Rorschach, pero observábamos en sus análisis de secuencia una apertura a lo dinámico que hoy en día se parece reducir a las escasas respuestas "proyectivas" de la prueba: las de movimiento, las MOR COP Y AG y las negativas -con dudas- y poco más...

Comentado por V. Campo

Psychoanalytic Theory and the Rorschach Paul M. Lerner (1991) Hillsdale, NJ y Londres: The Analytic Press

Pienso que esta última publicación en el amplísimo horizonte bibliográfico del Rorschach -sin embargo pobre en cuanto a obras mayores, o sea, libros en la materia- tiene la pretensión de constituirse en "heredera" del ya mítico *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing* de Roy Schafer en 1954. Y digo pretensión porque, a pesar de su innegable riqueza en cuanto a nuevas aportaciones -sobre todo en lo que respecta a las relaciones objetales, las defensas, y los estudios sobre los borderline y el narcisismo- la utilización del mismo sistema de administración y codificación (el de Rapaport, Gill y Schafer) daría la impresión de limitar esas nuevas apreciaciones a ese sistema*. En otras palabras, personal-

* En la codificación brillan por su ausencia las FM y m, y la especificidad de los determinantes de claroscuro (V, T e Y).

mente me hubiera interesado más que un autor cualquiera, de orientación psicoanalítica, hubiese intentado ese enfoque empleando el Sistema Comprensivo, por otra parte mucho más claro y efectivo en cuanto sistema de codificación. Pero esta es una apreciación muy personal...

Otros aspectos interesantes de esta obra residen en la inclusión de datos sobre el proceso inferencial y acerca de cómo enfocar y organizar el informe. De todos modos, un libro muy bien venido que en otro momento valdría la pena comentar más en detalle.

Comentado por V. Campo

Revista de revistas

En este apartado la editora se limitará, por falta de tiempo, a la sola mención de un número de artículos ultimamente aparecidos (que le interesaron), que pueden ayudar a los lectores con respecto a la posibilidad de ubicar estos temas.

British Journal of Projective Psychology, Vol.35, 1 y 2: El primero contiene dos trabajos (del Congreso Internacional de Paris) que llamaron la atención porque uno se refiere a un nuevo test (ya aplicado por la editora a título de ensayo en un caso de diagnóstico diferencial de una posible esquizofrenia, sugerida por la historia y el Rorschach y confirmada por esta prueba): "El Test de Síntesis Cognitiva (CST) y los indicadores Rorschach de la realidad interna y externa en adolescentes esquizofrénicos, borderline y orgánicos/psicóticos" (título traducido) de Pamela P. Abraham, T. Mann, M. G. Lewis, B. Coontz y M. Lehman. Y el otro trabajo: "Medida objetiva de cambio en psicoanálisis evaluado por el Sistema Comprensivo de Rorschach", de Shirley C. Geller, que se ocupa del tan fascinante tema del seguimiento con Rorschach.

El segundo número se halla íntegramente dedicado al test de Zulliger: pasado y futuro, en relación al Rorschach, con la selección, la adolescencia, el adulto normal y la tercera edad.

Para terminar mencionar un artículo muy interesante acerca de la depresión: "Un modelo general para la evaluación psicológica y la psicopatología aplicado a la depresión", de D. J. Viglione y W. Perry en el que los autores discuten toda la prolema de diagnóstico de la depresión por medio del Rorschach y con referencia al Sistema Comprensivo (Vol. 36, No. 1, 1991).

La Sociedad Francesa de Rorschach, que generalmente publica un volumen anual sobre un tema definido y además recibe espacio en la revista *Psychologie Médicale*, publica varios trabajos sobre la representación de sí mismo (Junio 1990) y en la mencionada revista -Vol. 22, No. 8, 1990- aparecen numerosos trabajos acerca de "La queja dolorosa, única y repetitiva y la organización de la personalidad".

Con respecto al *Journal of Personality Assessment* (USA) en 1990 cabe mencionar los siguientes artículos del Vol. 54, 1-2 y 3-4: "Evaluación Rorschach de las defensas primitivas: una revisión", de P. M. Lerner; "Diferenciación de tipos de personalidad de los adictos a opiáceos", de S. J. Blatt

y W. H. Berman; "Utilidad del dibujo de la figura humana como índice general de ajuste", de M. F. Yama; y un artículo brillante de S. A. Appelbaum: "La relación entre evaluación y psicoterapia".

En el Vol. 55 1-2 y 3-4: En el primero, se pueden mencionar "Una investigación Rorschach del narcisismo e histeria en la personalidad antisocial" de C. B. Gacono, J. R. Meloy y T. R. Heaven: "Trastorno severo o reacción adaptativa inducida por un trauma; estudio Rorschach de un caso infantil", de D. J. Viglione, un precioso estudio de caso; "Relaciones objetales en borderlines, depresivos y normales: Un examen de las respuestas humanas en el Rorschach", de J. Stewart, D. Westen (que asimismo publicó un interesante trabajo sobre los borderline en el último número del International Journal of Psychoanalysis) y colaboradores; "Respuestas Rorschach en adultos mayores sanos que viven en la comunidad", de A. Gross, R. R. Newton y R. B. Brooks; y "Factores de personalidad, estructura familiar y sexo de la figura dibujada en el DAP", de J. M. Dickinson, C. F. Saylor y A. J. Finch. Mientras que en los números 3 y 4 se encuentran "El Rorschach: Un test de percepción o una evaluación de la representación", de S. J. Blatt; "Características Rorschach de madres de víctimas de incesto", de B. K. Wald, R. P. Archer y B. A. Winstead; "Protocolos cortos con niños y adolescentes", de A. J. Finch, P. S. Imm y R. W. Belter; y un polémico trabajo de B. Ritzler y D. Nalesnik acerca de "El efecto del interrogatorio en el Sistema Comprensivo de Exner".

Respecto de los Vol. 56 y 57 (1991) -1 a 3 y 1 respectivamente- aparece un trabajo excelente de M. Kocan: "Cambios en la representación del self y del objeto revelado por las respuestas de reflejo"; y "Evaluación clínica de las relaciones objetales utilizando el TAT", de D. Westen. Otro tema interesante y candente es presentado por J. R. Meloy y J. Singer sobre "Una visión psicoanalítica de los 'Fenómenos Especiales' del Sistema Comprensivo de Rorschach". En este número 2, también se encuentran dos trabajos acerca de la bulimia y uno con respecto al cancer. Mientras que en el 3 se puede mencionar un trabajo concerniente al impacto del divorcio de los padres en sus hijos; las autoras de este trabajo continúan, finalmente, en el Vol. 57, No. 1, con su estudio del divorcio en relación a la depresión y malestar de esos hijos. Asimismo resulta interesante una discusión entre Exner y R. L. Kramer sobre las respuestas de movimiento humano, que el segundo quiere devolver a sus orígenes. Siniestro y angustiante resulta el re-estudio de los protocolos de los criminales de guerra nazis ya que sus autores -M. N. Resnick y V. J. Nunno- demuestran que se trataba de personas no insanas sino de estructuras caracteriales criminales y deseo citar el último párrafo de este trabajo: "Lo que permanece significativo hoy en día es que tales personalidades no son poco frecuentes. Pueden ser

halladas no solamente en regímenes totalitarios, pero comunmente en los escalones superiores de la mayoría de los sistemas cerrados que hacen sus propias reglas -tales como en la administración pública, el gobierno, las agencias de inteligencia, los militares, y en las grandes corporaciones públicas y privadas." (!!)

Por último, terminar esta muy rápida revisión de los innumerables artículos que publica la revista americana, con la mención especial de un intrigante e interesante título: "Interpretación psicoanalítica del Rorschach: Tenemos jeroglíficos mejores?", de D. J. Viglione, R. Brager y N. Haller. Los autores re-codifican los casos de R. Schafer -de *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*- con el Sistema Comprensivo y encuentran, entre otros aspectos, que diferencia el estilo represivo de los demás de manera fiable; etc., etc. Ojalá tuviera yo más tiempo para leer...

Normas para la presentación de trabajos

- 1.- Los artículos deben ser remitidos por duplicado en papel tamaño DIN A-4.
- 2.- Debe usarse doble espacio en todo el artículo, incluyendo la Bibliografía.
- 3.- El título debe ser breve y figurar en la parte superior de la primera página en letras mayúsculas y subrayado. Debajo del título debe figurar el nombre del autor en letras mayúsculas sin subrayar, y debajo del mismo su puesto de trabajo en minúsculas.
- 4.- Los títulos principales deben aparecer centrados y con mayúsculas. Los subtítulos en minúsculas y subrayados, sin puntos y aparte y situados en una línea por encima del texto, en el margen izquierdo y sin sangrar.
- 5.- Las correlaciones deben expresarse precedidas de un cero, por ejemplo: 0.87 y no .87. Normalmente los números que formen parte del texto deben expresarse en palabras cuando se trate del uno al diez, y en números a partir del 11, a no ser que sean la primera palabra de una frase. Cuando los números de diferentes categorías aparezcan relacionados, deben tomar la misma forma, por ejemplo: "Se administraron las cuatro pruebas a los quince sujetos" o bien "El primer grupo estaba constituido por 14 sujetos y el segundo por 8".
- 6.- Las tablas deben ser concisas y reducidas a las estrictamente necesarias. Cada tabla debe hacerse en una hoja de papel aparte e incluirse al final del artículo y no entre el texto. Las tablas deben numerarse 1, 2, 3, etc. y referirse a ellas en el texto como, por ejemplo, Tabla 1. Las hojas añadidas deben siempre llevar el número de la tabla y un encabezamiento corto, por ejemplo: Tabla 1. Medias y desviaciones para los grupos A y B. Los gráficos e ilustraciones deben llevar un número de figura y un título en la parte inferior, por ejemplo: Fig. 1. Dibujo realizado por el sujeto A. La posición aproximada en la que deben aparecer las tablas y figuras en el texto, debe indicarla el autor con una nota del tipo: "Inserte la Tabla 1 aproximadamente aquí".
- 7.- Las citas dentro del texto deben consistir solamente en el apellido/s y la fecha, por ejemplo: Exner (1986). Las citas completas deben darse al final del artículo, en doble espacio, siguiendo las normas de la APA, es decir:
libros: apellidos y nombre del autor en mayúsculas, seguidas de la fecha de publicación, el título subrayado del libro y la ciudad y editorial.
revistas: apellidos y nombre del autor en mayúsculas, título del artículo, título de la revista subrayado, número de la revista subrayado, volumen correspondiente entre paréntesis y números de las páginas. Ejemplos:

AVILA, A. (1986). *Manual operativo para el Test de Apercepción Temática*. Madrid: Pirámide.

PAGOLA, M. (1972). Índices de pronóstico en Rorschach en favor o en contra de un tratamiento psicoanalítico. *El Rorschach en la Argentina*, 2, (3), 151-163.

- 8.- Al final del artículo debe figurar siempre un breve resumen de 100 palabras aproximadamente, excepto cuando se trate de comentarios breves o resúmenes. Estos extractos podrán ser ofrecidos a otras publicaciones, a cambio de otros similares, excepto cuando el autor exprese su desacuerdo con ello.

El envío de un artículo a esta Revista supone que no ha sido publicado anteriormente y que en caso de ser aceptado no será ofrecido a otras publicaciones, en ninguna lengua, sin el consentimiento del autor..

Se aceptarán ocasionalmente artículos extensos, pero se dará prioridad a las contribuciones de menor extensión, resúmenes de trabajos publicados en otros medios, resultados de investigaciones, etc. Las cartas al editor serán publicadas según el criterio del mismo y si el espacio lo permite. En todos los casos, la responsabilidad por las opiniones expresadas por las personas que publiquen en la revista será solamente suya y el editor no mantendrá correspondencia personal sobre ellas.

Los artículos y correspondencia en general deben ser remitidos al editor: Dr. Vera Campo, c./Fernando Agulló, 24, sobreático. 08021 Barcelona.

Las pruebas deben estar cuidadosamente revisadas y sin correcciones. Se podrá pedir a los autores que sufraguen los gastos de los cambios o adiciones que no dependan de errores de imprenta. Asimismo se les podrá pedir que compartan los gastos en el caso de ilustraciones o reproducciones en color.

Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

FINES DE LA SOCIEDAD: La SERYMP se propone los siguientes fines:

- 1) Fomentar y controlar el estudio y desarrollo de estas Técnicas Psicológicas y favorecer el intercambio de ideas y trabajos entre los que de ellas se ocupan.
- 2) Velar por el nivel científico del Rorschach y de los Métodos Projectivos.
- 3) Establecer colaboraciones con sociedades o entidades afines en España y en el extranjero.

MIEMBROS DE LA SOCIEDAD: Pueden ser miembros los Diplomados en Psicología y los Licenciados en Psicología o Medicina (Especialidad de Psiquiatría)

INVESTIGACION: La Sociedad pretende actuar como un centro de registro de proyectos de investigación en Psicología Projectiva.

REUNIONES: La Sociedad lleva a cabo una reunión bianual.

SUSCRIPCION DE NUEVOS MIEMBROS: Utilice el impreso adjunto si desea pedir su ingreso en la Sociedad.

Toda la correspondencia relacionada con la Sociedad debe ser dirigida a:
Secretario de la SERYMP, Pasaje Marimón, 7, principal 1ª y 2ª. 08021 Barcelona.

Condiciones requeridas para la admisión en la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

- 1.º Estar en posesión del título de Licenciado o Diplomado en Psicología o de Licenciado en Medicina, especialidad de Psiquiatría.
- 2.º Tener una experiencia profesional mínima de dos años.
- 3.º Haber realizado una investigación (publicada o no) sobre Rorschach u otro Método Projectivo.

La solicitud de ingreso irá acompañada de un Curriculum Vitae. Una comisión de Admisión valorará esta documentación y citará a una entrevista al interesado. Esta comisión informará a la Asamblea General quién, mediante votación, aceptará o denegará la petición como miembro ordinario o correspondiente. El resultado de esta votación se le comunicará por escrito.

■ S · E · R · Y · M · P ■

Pasaje Marimón, 7, pral., 1.ª y 2ª - 08021 Barcelona