

1992 - Número 5

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

5

■ S · E · R · Y · M · P ■

Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos

(Fundada en 1988)

Esta revista es la única publicación de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos (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 proyectivas en las áreas clínicas y de investigación, así como 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 Proyectivos.

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

Problemas conceptuales en la evaluación de la criminalidad y la personalidad antisocial con el Rorschach	5
Irving B. Weiner	
Acerca de la “devolución”	16
Vera Campo	
Una investigación con el Cuestionario Desiderativo en embarazadas	24
Fernando Silberstein	
El Rorschach en enfermos en diálisis crónica	29
Pedro Barbosa	
El psicoanálisis, los psicoanalistas y las técnicas proyectivas.	
Experiencias personales, interrogantes, dudas y realidades presentes	36
Carlos A. Paz	
Resúmenes de tesis doctorales:	
El test de Rorschach en adolescentes con problemas de adaptación	45
Francesc Rovira	
Estudio sobre el autoconcepto en parapléjicos varones adultos	47
Pilar Ortiz	
Cartas al editor	50
Revista de revistas	51
Extractos	55
Notas y noticias	56
Revista de libros	57
Normas para la presentación de trabajos	59
Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos	61

Editorial

Un psicólogo amigo que reside en el extranjero me preguntó hace poco por qué nuestra Revista, siendo tan buena, no se publicaba más de una vez al año. Aparte de las razones de coste, bastante fundamentales -de momento casi cubiertas por la aportación de los miembros de S.E.R.Y.M.P. más nuestros suscriptores- la otra razón básica es la falta de material. Se escribe poco en nuestro medio... En este sentido cabe sugerir, por ejemplo, que casos interesantes desde el punto de vista clínico, técnico, y/o teórico, bien estudiados, serían, yo creo, bien vistos y bienvenidos; además de ofrecer la oportunidad para el intercambio de opiniones vía las "cartas al editor".

Problemas conceptuales en la evaluación de la criminalidad y la personalidad antisocial con el Rorschach¹

Irving B. Weiner

La criminalidad y la psicopatía son a veces tomadas como significando la misma cosa y esto es desafortunado. Como reconocen la mayoría de los clínicos, no todos los criminales son psicópatas ni todos los psicópatas son criminales.

Con frecuencia la psicopatía también es tomada como idéntica a la personalidad antisocial y esto asimismo es desafortunado. Los criterios diagnósticos para el Desorden de Personalidad Antisocial en la tercera edición revisada del DSM-III-R (1987) son diferentes de los criterios usuales para la personalidad psicopática. Como resultado algunos, pero no todos, los psicópatas cumplirán los criterios del DSM-III-R para el Desorden de Personalidad Antisocial, y algunos, pero no todos, los antisociales según el DSM-III-R serán psicopáticos.

Los hallazgos del Rorschach pueden ser muy útiles respecto de los problemas conceptuales involucrados en cómo mejor definir y diagnosticar un desorden de personalidad. El primer paso que necesitamos hacer, es identificar las características de personalidad que son centrales para resolver la cuestión planteada, y el segundo paso consiste en identificar cómo esas particulares características de personalidad son medidas por las variables del Rorschach. Este trabajo comienza por una revisión de las características de personalidad que definen el desorden de personalidad psicopático; luego se examinarán algunas relaciones entre psicopatía, criminalidad y desorden de personalidad antisocial; finalmente se presentarán algunos datos Rorschach que sugieren maneras de distinguir entre estas condiciones.

La naturaleza de la personalidad psicopática

La personalidad psicopática tiene dos rasgos básicos individuales. El primero es que la psicopatía es un desorden del carácter, en contraposición a un desorden neurótico o psicótico. Esto quiere decir que es una condición crónica, persistente y ego-sintónica. Los individuos psicopáticos aceptan su modo de ser como natural y apropiado. Raramente sienten necesidad alguna de cambiar sus actitudes o conducta, y, cuando son vistos en terapia,

¹ Traducido por Vera Campo

son relativamente resistentes a modificar su modo usual de pensar y actuar. El segundo rasgo peculiar de la psicopatía es que involucra algunos defectos específicos del carácter, conocidos como "sin culpa" y "sin amor". El estar sin culpa y sin amor significa que los psicópatas carecen notablemente de sentimientos normales de culpa y sentimientos normales de amor (McCord & McCord, 1964; Meloy, 1987).

Como consecuencia de su desorden caracterológico y sus defectos de carácter, los psicópatas son individuos típicamente extra-punitivos. Cuando se meten en dificultades, acusan a otros de sus problemas o a eventos fuera de su control. Son individuos iracundos, centrados en sí mismos y explotadores, que no se identifican con otras personas y raramente forman vínculos genuinos de confianza o apego. Sus relaciones interpersonales son superficiales, tienen poca consideración por los derechos y sentimientos ajenos, experimentan pocos remordimientos cuando sus actos causan dolor y sufrimiento a otra gente, y muestran poco respeto hacia los estándares convencionales de moralidad.

En términos psicodinámicos, los defectos de carácter de los psicópatas son considerados como daños en el funcionamiento del superyó. El núcleo básico del desorden de personalidad psicopático está constituido por defectos supervoicos en la consciencia y la vinculación interpersonal. Todos los psicópatas tienen estos defectos; si ellos no están presentes, la psicopatía tampoco lo está.

Además de estos daños supervoicos nucleares, los individuos psicopáticos también pueden tener algunos daños en el funcionamiento del yo, que limita la capacidad de la persona para manejarse efectivamente con sus experiencias. Los psicópatas cuyo funcionamiento voico se halla dañado no planifican bien y no aprenden de sus errores; a menudo muestran un juicio pobre y una débil prueba de realidad; tienden a actuar descuidada e impulsivamente; y con frecuencia no pueden manejar situaciones complejas y demandantes de manera tranquila, orientada hacia un fin.

En contra de opiniones muy expandidas, estos tipos de daños voicos no siempre están presentes en los psicópatas. Esta opinión equivocada deriva del hecho que la mayoría de investigaciones publicadas sobre la psicopatía han sido realizadas con individuos disponibles, como sujetos, en virtud de estar en la cárcel. Entre estos psicópatas encarcelados, la planificación y el juicio pobre y un limitado auto-control, usualmente contribuyeron a que cometieran crímenes, fueran atrapados y enviados a prisión. Sin embargo, estos defectos en la capacidad de manejo no son características nucleares del ser psicopático. Acaso no existen psicópatas que no tienen estos déficits y que no terminan en la cárcel?

Respondiendo a esta pregunta, la mayoría de clínicos conocen o saben de individuos que son egoístas y centrados en sí mismos, que sin vergüenza manipulan y se aprovechan de los demás, y que raramente se

preocupan por los derechos y sentimientos de otros, pero que al mismo tiempo son inteligentes y claros, son capaces de planificar cuidadosamente y de anticipar el resultado de sus actos, y son tan listos y socialmente hábiles que son bien considerados aún por las personas a las cuales explotan. En la literatura estos individuos han sido descritos como "psicópatas superiores" o "psicópatas encantadores" (Smith, 1978; Weiner, en prensa). Tienen los mismos defectos del superyó como todos los psicópatas, pero su fortaleza yóica les permite tener éxito en muchos intentos: académicos, sociales, ocupacionales y financieros. Si llegan a violar la ley, sus capacidades de manejo les ayudan a evitar ser atrapados, sentenciados o encarcelados.

Por otra parte, los individuos psicopáticos cuyos defectos superyóicos se hallan acompañados por daños yóicos, se arriesgan al comportarse de modos agresivos y adquisitivos que violan la ley y por ser así caen dentro del sistema judicial criminal. Se conviertan o no en criminales, los psicópatas con daños yóicos probablemente dejan tras de sí un rastro de fracasos en el ajuste: pobre rendimiento escolar, una historia laboral irregular, matrimonios inestables, inadecuaciones como padres y susceptibilidad al abuso de drogas.

Para resumir esta conceptualización de la personalidad psicopática, se deben considerar tres niveles de análisis al describir este desorden y los que sufren del mismo. Primero, hay daños superyóicos en la moralidad y la vinculación que constituyen las características nucleares del desorden y que son compartidos por todos los psicópatas. Segundo, hay una dimensión de daños yóicos a lo largo de la cual los psicópatas varían; algunos son deficientes en la capacidad para planificar, el juicio y el auto-control, mientras que otros no tienen tales déficits de manejo. Tercero, con respecto a la conducta, cuanto más dañado se halla el yo en los psicópatas, más probable es que muestren desajustes sociales y que cometan actos criminales por los cuales son detenidos.

Identificando la criminalidad, la psicopatía y el desorden de personalidad antisocial

La formulación precedente provee una base conceptual para diferenciar la psicopatía de la criminalidad y del desorden de personalidad antisocial. La mejor manera de concebir la criminalidad es como una variable conductual. Gente que viola la ley se está comportando de manera criminal. Tal vez el rótulo "criminal" debiera ser reservado para violadores de la ley serios y repetitivos, de manera que no se denominen criminales a los delincuentes menores, de una sola transgresión. Con todo, esta es una cuestión para la jurisprudencia, no para la evaluación de la personalidad. Seguramente algunas configuraciones de personalidad conducirán, más que otras, a la conducta criminal, tal como la combinación de la psicopatía

más la debilidad del yo. Sin embargo, no hay una relación necesaria o exclusiva entre criminalidad y cualquier patrón de personalidad particular, y la evaluación de la personalidad no puede ser utilizada para identificar si alguien es o no es un criminal.

En cuanto al Desorden de Personalidad Antisocial, esta condición está definida por 10 criterios en el DSM-III-R. De ellos, sólo dos se relacionan con defectos del superyo que constituyen el núcleo de la personalidad psicopática: ellos son (a) el no tener consideración por la verdad y el mentir regularmente con el propósito de engañar y manipular a otros, y (b) carecer de remordimientos por malos actos cometidos previamente. Otros tres criterios se relacionan con funciones yóicas que pueden o no estar dañadas en individuos psicopáticos; estos incluyen ser irritables y agresivos, ser impulsivos y fracasar en la planificación para el futuro y ser arriesgados con respecto a la propia seguridad. Los cinco criterios restantes del DSM-III-R para el Desorden de Personalidad Antisocial son índices conductuales de pobre ajuste social que pueden caracterizar a los psicopatas con daño yóico, pero que no tienen una relación necesaria o específica con la psicopatía, estos son: una historia de actos antisociales repetidos, pobre rendimiento laboral, inestabilidad marital, ser padres irresponsables y no pagar deudas financieras.

Desde la perspectiva de la evaluación de la personalidad, los 10 criterios del DSM-III-R para el Desorden de Personalidad Antisocial son conceptualmente poco satisfactorios en dos sentidos importantes. Primero, la presencia de cuatro de cualquiera de los 10 criterios es considerado como suficiente para hacer el diagnóstico de Desorden de Personalidad Antisocial. Esto significa que un paciente podría recibir este diagnóstico sin mostrar desconsideración por la verdad o carencia de remordimiento, que son las únicas características superyóicas nucleares de psicopatía en la lista. Segundo, la mitad de los criterios son estrictamente conductuales, tales como la inestabilidad marital y el no pagar las propias deudas. Esto quiere decir que, en el mejor de los casos, las medidas de evaluación de la personalidad sólo pueden probar una porción de lo que constituye esta condición. Además, porque solamente cuatro de los 10 criterios son requeridos para el diagnóstico, éste se puede realizar enteramente en base a los cinco criterios conductuales, sin referencia alguna a características de personalidad.

Estos rasgos de los criterios del DSM-III-R explican por qué personas diagnosticadas como Desorden de Personalidad Antisocial pueden no ser nada psicopáticas. Asimismo explican por qué en la literatura, los clínicos han comenzado a sugerir que el Desorden de Personalidad Antisocial del DSM-III-R es más útil para identificar individuos inadecuados y criminales que para diagnosticar psicopatía (Doren, 1987; Harpur, Hare & Hakstian, 1989).

Respuestas Rorschach de personas sentenciadas y no sentenciadas con desorden de personalidad antisocial

Debido a que el Rorschach es sensible a numerosas variables de personalidad vinculadas a la orientación interpersonal y a capacidades de manejo, se presta bien para evaluar el desorden de personalidad psicopática y sus implicaciones para la conducta antisocial. A fin de validar indicios Rorschach para este propósito, la investigación necesita incluir grupos de sujetos de individuos psicopáticos y no-psicopáticos que se han comportado de manera antisocial o se han vuelto criminales y algunos que no lo han hecho. Para los fines de la investigación, este último grupo es extremadamente difícil de localizar. Individuos psicopáticos con buenas habilidades de manejo, raramente llegan a la atención de profesionales de la salud mental como pacientes buscando tratamiento o como violadores de la ley encarcelados.

Sin embargo, como un paso en esta dirección, surgió la posibilidad de coleccionar protocolos de Rorschach de un medio forense, en varias ciudades, de 130 individuos que habían sido detenidos por presuntas violaciones de la ley y a quienes se les había dado un diagnóstico de Desorden de Personalidad Antisocial del DSM-III-R. Posteriormente, la mitad de estos individuos habían sido juzgados y hallados culpables de la presunta ofensa, y este grupo será denominado "antisociales sentenciados". Para la otra mitad los cargos fueron retirados, sin juicio y sin sentencia, y este grupo será denominado "antisociales no-sentenciados". Los protocolos de Rorschach con menos de 14 respuestas se descartaron, dada su cuestionable validez. Los restantes protocolos válidos fueron dados por 53 antisociales sentenciados; con edades entre los 15 y los 57 años —media 28.2 años—, y 44 antisociales no-sentenciados, con edades entre los 16 y 57 años —media 27.1 años—. Ambos grupos dieron entre 14 y 34 respuestas con una mediana de 18 respuestas.

Las Tablas 1 y 2 muestran los hallazgos Rorschach para estos sujetos en 28 variables de localización, determinantes, contenidos y fenómenos especiales, codificados según el Sistema Comprehensivo. La Tabla 1 indica la distribución porcentual de los grupos antisociales sentenciados y no-sentenciados, en dos o más categorías de esas 28 variables del Rorschach. La Tabla 2 indica la clasificación media de los dos grupos sobre 10 variables paramétricamente distribuidas.

Un examen preliminar de estas Tablas confirma que estos dos grupos no son muestras normativas. Ambos grupos se desvían marcadamente de las normativas esperadas entre no-pacientes respecto de variables que son características de la psicopatía o vinculadas a los criterios del DSM-III-R para el Desorden de Personalidad Antisocial.

Con respecto a la psicopatía, la ira y las actitudes interpersonales negativas, centrales a esta condición, se reflejan en una frecuencia mucho

Tabla 1**Características Rorschach de antisociales sentenciados (SENT) y no-sentenciados (NOSENT) (en porcentajes)**

Características Rorschach	SENT (n = 53)	NOSENT (n = 44)	df	X ²
Estilo EB			2	<1
Introversivo	28	36		
Ambitendente	53	50		
Extratensivo	19	14		
Puntaje D			2	<1
D = 0	70	82		
D = -1	17	14		
D = < -1	13		4	
Puntaje Daj			2	<1
Daj = 0	76	84		
Daj = -1	15	11		
Daj < -1		9		5
Lambda > .99	66	90	1	<1
Puntaje Zd			2	<1
Zd > 3.0	19	18		
Zd = 0 + 2.5	58	57		
Zd < -3	23	25		
Calidad Formal (X+%)			2	3.95
X+% > 69	15	32		
X+% = 61-69	17	16		
X+% < 61	70	52		
Calidad Formal (X-%)			2	8.08**
X-% < 15	25	52		
X-% = 15-19	11	9		
X-% > 19	64	39		
Populares			2	9.24****
P < 4	39	14		
P = 4-7	55	70		
P > 7	616			
p > a + 1	26	21	1	<1
Mp > Ma	49	34	1	2.21
2AB+Art+Ay > 5	4	5	1	<1
Cód.Espec.Nivel 2 > 0	28	43	1	2.34
Suma6 Cód.Espec. > 6	9	14	1	<1
S > 2	36	23	1	<1

Características Rorschach	SENT (n = 53)	NOSENT (n = 44)	df	X ²
FC:CF + C			3	1.27
(CF+C) < FC	23	30		
(CF+C) + FC	47	39		
(CF+C) = FC + 1	7	11		
(CF+C) > FC + 1	23	20		
C Pura			2	1.36
C = 0	70	70		
C = 1	17	23		
C > 1	13	7		
(C'+T+V+Y) > (FM+m)	32	27	1	<1
Indice de egocentricidad			2	2.94
3r+(2)/R < .33	43	34		
3r+(2)/R .33-.44	34	27		
3r+(2)/R > .44	23	39		
Reflejos > 0	11	11	1	<1
Dimensionalidad = 0	68	77	1	<1
Mórbido > 2	15	11	1	<1
Textura = 0	72	75	1	<1
Contenido Humano			2	6.38*
H pura = 0	23	5		
H pura = 1	36	43		
H pura > 1	0	2		
Contenido agresivo			2	3.61
AG = 0	79	64		
AG = 1-2	21	43		
AG > 2	0	2		
Movimiento cooperativo			2	10.63***
COP = 0	79	48		
COP = 1-2	17	45		
COP > 2	4	7		
Indice SCZI > 3	10	4	1	<1
Indice DEPI > 4	12	7	1	<1
Indice CDI > 3	57	50	1	<1

* $p < .05$ ** $p < .02$ *** $p < .01$

Tabla 2
Puntajes medios de algunas variables Rorschach paramétricas de los antisociales sentenciados (SENT) y no-sentenciados (NOSENT)

Variable Rorschach	SENT (n=53)	NOSENT (n=44)	F (1,95)
Puntaje D			<1
<i>m</i>	0.91	-0.02	
<i>DT</i>	1.21	1.32	
Puntaje Daj			<1
<i>M</i>	0.04	0.16	
<i>DT</i>	1.19	1.18	
EA			<1
<i>M</i>	4.39	4.59	
<i>DT</i>	3.38	3.59	
Lambda			2.72
<i>M</i>	1.76	2.57	
<i>DT</i>	1.25	3.29	
X+%			5.30*
<i>M</i>	0.55	0.61	
<i>DT</i>	0.12	0.12	
X-%			4.99*
<i>M</i>	0.22	0.17	
<i>DT</i>	0.10	0.10	
Populares			7.98***
<i>M</i>	4.26	5.32	
<i>DT</i>	1.93	1.69	
Egocentricidad			5.65**
<i>M</i>	0.34	0.42	
<i>DT</i>	0.15	0.18	
Razón afectiva (Afr)			<1
<i>M</i>	0.50	0.49	
<i>DT</i>	0.15	0.18	
H+(H)+Hd+(Hd)			<1
<i>M</i>	4.41	4.77	
<i>DT</i>		2.87	2.77

* $p < 05$ ** $p < 02$ *** $p < 01$

mayor que la normal de protocolos sin textura, sin movimiento cooperativo, poco contenido humano y con espacio blanco elevado. En cuanto a las capacidades de manejo dañadas que pueden estar o no presentes en los psicópatas, pero que son características del orden de personalidad antisocial, estos sujetos mostraron una frecuencia mayor de lo normal de descuido (hipoincorporación), impredecibilidad (ambitendencia), pobre test de realidad (nivel formal bajo), pasividad (excesivo movimiento pasivo), aversión a ser introspectivo (carencia de dimensionalidad), limitada modulación de la expresión afectiva (dominio del color sobre la forma), y un elevado índice de déficit de recursos (CDI). Estas desviaciones de la respuesta usual de no-pacientes se hallan en la Tabla 3. La Tabla también muestra que, consistente con su egosintónico orden de personalidad, estos sujetos eran similares a los no-pacientes normativos en cuanto a tener una frecuencia baja de angustia o preocupación por su capacidad de manejo (bajo índice de estrés).

No se realizaron análisis estadísticos de los hallazgos de la Tabla 3, porque el presente estudio no fue designado para validar indicios Rorschach de la psicopatía o de una capacidad dañada de manejo. Hacerlo hubiera requerido la evaluación de grupos de comparación adecuados, tales como de presuntos violadores de la ley que no fueron diagnosticados como Orden de Personalidad Antisocial. Con todo, se puede anotar que las características de personalidad identificadas por los protocolos de Rorschach de estos presuntos violadores de la ley con Orden de Personalidad Antisocial, se equiparan estrechamente con características de personalidad halladas en estudios de poblaciones encarceladas de individuos antisociales (Harpur, Hare & Hakstian, 1989; Meloy, 1987).

Específicamente, estos hallazgos ayudan a confirmar que, cuando un protocolo no contiene textura, movimiento cooperativo o H pura y sí muchas respuestas de espacio blanco, la personalidad psicopática debiera ser considerada como una posibilidad. Cuando estas sugerencias de psicopatía están acompañadas por déficits de manejo, tales como ser un ambitendente o un hipoincorporador, ser pasivo o no introspectivo, o tener un pobre test de realidad o pobre modulación afectiva, existe una buena razón para esperar que la persona se comportará irresponsablemente y se meterá en dificultades con la ley o con otras agencias sociales. Así es como el Rorschach puede contribuir a la evaluación de la criminalidad, no a través de identificar quién es un criminal, sino al identificar combinaciones de daños superyóicos y yóicos que incrementan la probabilidad de que una persona cometa actos criminales.

A continuación examinaremos si el Rorschach puede ayudarnos a identificar, dentro del grupo de estos antisociales, diferencias significativas en el funcionamiento de la personalidad entre los sentenciados y los que no lo fueron.

Tabla 3

Patrones Rorschach Notablemente Más Frecuentes que las Expectativas Normativas entre 97 Individuos con Desorden de Personalidad Antisocial (DPA)
Indicaciones de Déficits Nucleares Psicopáticos (Daños Superyóicos)

Frecuencia mayor que normativa de	DPA	Normativa ^a
T = 0	73%	11%
H pura < 2	46%	10%
COP = 0	63%	21%
S > 2	30%	10%
Ambitendente	52%	20%
Lambda > .99	68%	5%
Zd < -3.0	24%	5%
X+% < 61	61%	2%
X-% > 19	53%	1%
P < 4	28%	1%
Mp > Ma	42%	10%
p > a + 1	24%	1%
CDI > 3	54%	3%
CF + C > FC + 1	22%	4%
C Pura > 0 30%		7%
FD = 0	72%	21%

a Tomado de Exner (1990, p. 160)

Para las 28 variables en la Tabla 1, los valores Chi cuadrado alcanzaron significación estadística en cuatro casos: X-% ($p < .02$), P ($p < .01$), H ($p < .05$) y COP ($p < .01$). Aunque estas diferencias son pocas en número, son más numerosas de lo que sería esperable entre las 28 variables puramente al azar. Para las 10 variables paramétricas en la Tabla 2, los valores F (1,95) alcanzaron significación en cuatro casos: X+% ($p < .05$), X-% ($p < .05$), P ($p < .01$), y *egocentricidad* ($p < .02$).

Además de demostrar heterogeneidad de características de personalidad entre los Desórdenes de Personalidad Antisocial diagnosticadas por el DSM-III-R, los hallazgos significativos sí se agrupan de manera significa-

tiva. Indican que los antisociales sentenciados, comparados con los que evitaron serlo, son particularmente deficientes en sus capacidades de ejercer un buen juicio, para identificarse e interactuar armoniosamente con otras personas, y para sentirse bien consigo mismos. Específicamente, el grupo sentenciado tiene un nivel formal más bajo, menos populares, menos contenidos humanos, menos respuestas de movimiento cooperativo y un índice de egocentricidad más bajo, todos en un grado estadísticamente significativo.

Conclusión

Para resumir, las siguientes conclusiones son indicadas por este análisis conceptual y los hallazgos preliminares de la investigación:

Primero, el desorden de personalidad psicopático debiera ser conceptualizado en tres niveles: un nivel de daños superyóicos en la moralidad y vinculación que tienen todos los psicópatas; un nivel de daños yóicos en las capacidades de manejo que tienen algunos pero no todos los psicópatas, y un nivel de desajuste social y mala conducta que es especialmente probable que caracterice a los psicópatas con daños yóicos.

Segundo, el test de Rorschach puede identificar los daños superyóicos que diferencian a los individuos psicopáticos de otra gente y contribuir al diagnóstico diferencial.

Tercero, el test de Rorschach puede identificar daños yóicos que ayudan a predecir si individuos psicopáticos se van a comprometer en conductas antisociales, y, si es así, la probabilidad de que se conviertan en criminales identificados.

BIBLIOGRAFIA

- DOREN, D. A. (1987). *Understanding and treating the psychopath*. New York: Wiley.
- EXNER, J. E. Jr. (1990) (3ed. ed.). *A Rorschach workbook for the Comprehensive System*. Asheville, NC: Rorschach Workshops.
- HARPUR, T. J., HARE, R. D., AND HAKSTIAN, A. R. (1989). Two factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment*, 1, 6-17.
- McCORD, W. AND McCORD, J. (1964). *The psychopath*. Princeton, NJ: Aronson.
- MELOY, J. R. (1987). *The psychopathic mind*. Northvale, NJ: Aronson.
- WEINER, I. B. (in press) (2nd ed.). *Psychological disturbance in adolescence*. New York: Wiley.

Acerca de la “devolución”

Vera Campo

Ignoro el origen de este término, poco preciso, poco agraciado y de uso tan común entre los psicólogos clínicos. En mi opinión implica una serie de ideas y conceptos poco claros y hasta erróneos y es mi intención, en este trabajo, ensayar una crítica y una aclaración.

He partido de la *Gran Enciclopedia Larousse* me he encontrado con algunas sorpresas con respecto a los significados del verbo devolver: proviene del latín *devolvere* = hacer rodar. Este significado pudiera relacionarse, en un nivel muy concreto, con el sentido de la llamada entrevista de devolución. O sea, poner algo en movimiento. *Pero*, su primera acepción es “volver una cosa al estado o situación que tenía” o “restituir una cosa a la persona que lo poseía” (p. 838), significado, el primero, que es completamente contrario al sentido usual aplicado a la entrevista de devolución!. La Enciclopedia ofrece el siguiente ejemplo: “Al día siguiente vino la madre de Isabel a ver a mi madre para darle las gracias y devolverle la medallita. (R. Sanchez Mazas)”. A menos que se sea de orientación lacanianiana, el sujeto, examinado o paciente *no posee* lo que le será devuelto, y no lo posee porque no tiene acceso a los datos en cuestión, por eso consulta, porque no sabe cómo resolver sus conflictos y/o problemas. Somos nosotros, los psicólogos clínicos psicodiagnostadores que intentaremos facilitarle ese acceso.

La segunda acepción es “Corresponder a un favor o un agravio” (!) y el ejemplo ofrecido: “Ha sufrido, es cierto, por mi causa; pero me la devuelve con creces. (G. Marañón)”. Este significado tampoco es aplicable a la entrevista de devolución; sin embargo, se aproxima en cierto nivel a las ideas de dos autoras que se han ocupado de este tema, ideas que serán comentadas más adelante y que tienen que ver con un exagerado e inadecuado sentimiento de culpa del psicólogo clínico que se siente compelido a “devolver”; al parecer, por sentir su tarea, inconscientemente?, como agresiva, que “hace sufrir”.

La tercera y última acepción es “Vomitara, arrojar lo contenido en el estómago”. Y el ejemplo: “Es para hacer mejor la digestión ... No para devolver lo que *indebidamente se hubiese tragado* [el subrayado es mío] (Unamuno)”. Indirectamente esta acepción también tiene que ver con la entrevista de devolución y nuevamente enfatiza, en un nivel oral muy primitivo, una vivencia de culpabilidad, negada, por una **indebida voracidad** del psicólogo clínico que devuelve información. Volveré sobre este punto más adelante.

¿Cuáles son los sinónimos propuestos por la Enciclopedia para la palabra devolver? Reintegrar, retornar, tornar; siendo los dos últimos

demasiado literarios permanezco en duda acerca del término mejor: Entrevista de Reintegración? O, simplemente, Entrevista Final? Espero poder llegar a una conclusión adecuada al término de este ensayo.

De momento deseo tomar posición ante la cuestión hasta aquí esbozada y cito, de mi artículo *El Psicólogo y la Reparación* (1969): "...la felicidad *interna* con la cual el individuo realiza su trabajo, es decir sublima y repara, es la única medida del grado de su capacidad de reparación." (p. 121). Y, de *Psicodiagnóstico y Ética* (1979):

"... la labor del psicólogo clínico diagnosticador se convierte en una labor **externa** en la cual devuelve [actualmente no usaría esta palabra, sino *reintegra* o *comunica*] a todos los participantes (sujeto, familia, médico, institución, empresa, etc.) el material recogido, elaborado, reparado y recreado internamente. Además, a través de su capacidad de colaboración con sus colegas en otras disciplinas, actuando como nexo de unión..." (pp. 29-30).

Y por último:

"... la ética del psicólogo psicodiagnosticador... tiene su máxima importancia: Puede ser tan esencial saber desprenderse del examinado para facilitarle el camino [y digo desprenderse adrede con el fin de enfatizar el hecho que no es nuestro, no nos pertenece] hacia una solución independiente, como el no abrumarlo con información sobre sí mismo que, al no poder elaborarla dado que no se halla en situación de terapia sólo podrá ser aceptada intelectualmente -si lo es-, es decir, en forma disociada... me parece importante... respetar la intimidad del examinado [y]... Asimismo saber que es relativo lo que podemos 'dar' al examinado [devolver??] más allá de intentar que adquiera una cierta consciencia de enfermedad, de necesidad de ayuda o de orientación... Si hemos elegido el camino del psicodiagnóstico lo hemos hecho sabiendo que en general no tendremos relaciones duraderas o prolongadas con nuestros examinados, ya que éstas no forman parte de nuestra función." (p. 41).

El tono tal vez excesivamente pesimista de esta cita no debe engañar al lector. No se trata de una desvalorización de la tarea psicodiagnóstica que, en primer término es una tarea entre dos personas. En segundo término, a fin de cuentas depende del examinado y su personalidad, que lo que logremos "dar" se convierta en semilla fructífera o caiga en terreno yermo. Y en el tercero, adonde apunto, como se aclarará más adelante, es a evitar la creencia en la "omnipotencia curativa" de nuestra intervención.

Aclarada mi postura, deseo proceder a una rápida revisión de algunas autoras, separadas en el tiempo por más de 20 años, que se han ocupado exhaustivamente del tema; ellas son M. L. Siquier y M. García Arzeno (1975), M. Botbol y C. Amorós (1979), y Helena L. de Jubany (1992). Es asimismo mi intención observar si el uso del término en discusión y la teoría subyacente, han sufrido modificaciones a través del tiempo.

Las dos primeras autoras, en el Capítulo IX, Tomo II de su obra *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Diagnóstico* (1975) señalan: "(diagnosticar bien como primera forma de acción reparadora)" (p. 405), y "Una buena devolución comienza con la adquisición de un buen conocimiento del caso, lo cual proporciona una base firme para proceder con eficacia." (p. 401).

Considero que este es el núcleo central de esta discusión, es decir, la importancia del buen diagnóstico, que se recoge en un buen informe, pensado o escrito. También concuerdo con que "es necesario una devolución de información diagnóstica y pronóstica discriminada y dosificada, en relación con las capacidades yóicas del o de los destinatarios." (p. 391).

Pienso, sin embargo, que la "regla" acerca de que solamente debe ser el psicólogo diagnosticador el/la que realice esta tarea, es excesivamente rígida. Me explico: mi punto de vista, muy personal como todos los puntos de vista, es el siguiente: mi meta como psicóloga clínica diagnosticadora —y mi placer— está en evaluar correctamente. Dependiendo de cada caso —hay variaciones infinitas— puedo no realizar ni una entrevista inicial —aunque esto suene a herejía total en nuestro medio (psicodiagnóstico sin entrevista, trabajo inédito)— y tampoco final. ¿Por qué? Pues desde ya, si el sujeto es paciente de un colega que me consulta no es mi paciente; la primera o primeras entrevistas ya han sido realizadas y por lo tanto no veo la utilidad ni la necesidad de repetirlas, con lo cual hasta podría interferir un vínculo ya establecido y que, se supone, se seguirá desarrollando en el futuro. Sí puedo pedir los datos necesarios a ese colega, o hasta trabajar a ciegas si ello le es útil. Y lo mismo vale para la entrevista final: su manejo depende de los intereses del colega que es quien consulta, intereses acerca de los cuales me informo desde el inicio, respetando al colega y a su presunto futuro paciente. En otras palabras, como psicóloga en teoría formada para y dispuesta a comprender a las personas, me adapto a los requerimientos de cada caso, sin anteponer "reglas" rígidas. Distinta es la situación si un sujeto viene de la calle" o recomendado por un conocido mutuo; entonces sí corresponde hacerse cargo del caso en su totalidad.

Pero vayamos a la teoría de la devolución presentada por las autoras Siquier y García Arzeno:

El primer objetivo es "la transmisión de (la)... información" (p. 392) = resultados del psicodiagnóstico. Entiendo que el mejor dotado es el psicólogo que realizó el estudio pero no imprescindiblemente, ya que el segundo objetivo es que

"... constituye otra fuente informativa que permite sintetizar acertadamente el caso..." (p. 392). Pues si no se halla sintetizado en la mente del psicólogo a través de sus observaciones durante la exploración y su informe —pensado o escrito—, no me resulta claro este objetivo. Con una salvedad, que el psicólogo necesite un feedback para sentirse seguro de sus conclusiones, lo que en primer

Las dos primeras autoras, en el Capítulo IX, Tomo II de su obra *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Diagnóstico* (1975) señalan: “(diagnosticar bien como primera forma de acción reparadora)” (p. 405), y “Una buena devolución comienza con la adquisición de un buen conocimiento del caso, lo cual proporciona una base firme para proceder con eficacia.” (p. 401).

Considero que este es el núcleo central de esta discusión, es decir, la importancia del buen diagnóstico, que se recoge en un buen informe, pensado o escrito. También concuerdo con que “es necesario una devolución de información diagnóstica y pronóstica discriminada y dosificada, en relación con las capacidades yóicas del o de los destinatarios.” (p. 391).

Pienso, sin embargo, que la “regla” acerca de que solamente debe ser el psicólogo diagnosticador el/la que realice esta tarea, es excesivamente rígida. Me explico: mi punto de vista, muy personal como todos los puntos de vista, es el siguiente: mi meta como psicóloga clínica diagnosticadora —y mi placer— está en evaluar correctamente. Dependiendo de cada caso —hay variaciones infinitas— puedo no realizar ni una entrevista inicial -aunque esto suene a herejía total en nuestro medio (psicodiagnóstico sin entrevista, trabajo inédito)- y tampoco final. ¿Por qué? Pues desde ya, si el sujeto es paciente de un colega que me consulta no es mi paciente; la primera o primeras entrevistas ya han sido realizadas y por lo tanto no veo la utilidad ni la necesidad de repetirlas, con lo cual hasta podría interferir un vínculo ya establecido y que, se supone, se seguirá desarrollando en el futuro. Sí puedo pedir los datos necesarios a ese colega, o hasta trabajar a ciegas si ello le es útil. Y lo mismo vale para la entrevista final: su manejo depende de los intereses del colega que es quien consulta, intereses acerca de los cuales me informo desde el inicio, respetando al colega y a su presunto futuro paciente. En otras palabras, como psicóloga en teoría formada para y dispuesta a comprender a las personas, me adapto a los requerimientos de cada caso, sin anteponer “reglas” rígidas. Distinta es la situación si un sujeto viene de la calle” o recomendado por un conocido mutuo; entonces sí corresponde hacerse cargo del caso en su totalidad.

Pero vayamos a la teoría de la devolución presentada por las autoras Siquier y García Arzeno:

El primer objetivo es “la transmisión de (la)... información” (p. 392) = resultados del psicodiagnóstico. Entiendo que el mejor dotado es el psicólogo que realizó el estudio pero no imprescindiblemente, ya que el segundo objetivo es que

“... constituye otra fuente informativa que permite sintetizar acertadamente el caso...” (p. 392). Pues si no se halla sintetizado en la mente del psicólogo a través de sus observaciones durante la exploración y su informe —pensado o escrito—, no me resulta claro este objetivo. Con una salvedad, que el psicólogo necesite un feedback para sentirse seguro de sus conclusiones, lo que en primer

término implicaría inseguridad, y en segundo tal vez lo contrario, la antes mencionada "omnipotencia curativa".

Continúan diciendo las autoras: "Siguiendo la ley del cierre (teoría de la Gestalt), es necesario transmitir el resultado en una comunicación lograda." (p. 392). Bien, pero ¿es imprescindiblemente el psicólogo evaluador quien debe realizar esta comunicación? ¿No puede, acaso, ser el terapeuta? (Véase al respecto, por ejemplo, la opinión y experiencia de Carlos A. Paz en *Analizabilidad y Momentos Vitales*, 1980). La rigidez en este sentido puede llevar a engorrosas disociaciones en la mente y conducta del paciente por iniciar una terapia, o durante su transcurso.

Todos los demás argumentos presentados responden a una misma premisa que paso a parafrasear: es el psicólogo que manda en la situación de evaluación y nada le debe quitar su rol o identidad! Porque, el tercer objetivo es:

"Si esa reintegración (aspectos manifiestos y latentes de identidad) no se produce, el paciente queda permanentemente ligado al psicólogo en una relación de objeto que le **privó** [el subrayado es mío] y el psicólogo experimenta dificultades para lograr una buena separación, porque se siente **en deuda** [el subrayado es mío] con el paciente..." (p. 393).

En mi opinión este argumento ilustra una franca tendencia a realizar ecuaciones simbólicas entre lo que es el diagnóstico y lo que es el tratamiento, una confusión por desgracia muy común entre nosotros los psicólogos clínicos, y que se debe, básicamente, creo, a conflictos con la propia identidad y rol, a veces al parecer en continua zozobra y frustración frente al rol del terapeuta vivido como mucho más claro y sobre todo, mucho más **valioso**. Además, las referencias a la privación y a la deuda sugieren otra translación forzada de aspectos -harto dogmáticos en mi opinión- de las teorías kleinianas acerca de la culpa y la reparación. Por otra parte si el psicólogo siente que priva es porque, indudablemente ha "tragado indebida" y demasiado vorazmente el material del examinado y por ello se siente, inconscientemente?, obligado a devolverlo = vomitarlo.

En otra línea sigue la cita siguiente: "a) Si devolvemos información daremos al paciente una oportunidad de verse con más criterio de realidad, con menos distorsiones idealizadoras o peyorativizantes." (p. 394). ¿No se trataría, en cierta medida, de una ilusión? Cuánto puede entender un niño, en particular si tiene poca edad, o un adolescente -que dependen de sus padres para poder iniciar y mantener una terapia-, o aún un adulto de lo que les "devolvemos"? ¿No devolvemos, esencialmente a través de la tarea conjunta, la experiencia de haber sido "escuchados" de verdad? Y en última instancia ¿no es esto lo válido en lo vivencial? Además, las autoras parecen olvidar la existencia de los mecanismos de defensa, por ejemplo la intelectualización, negación y/o disociación, etc. En el fondo lo mucho o poco que podemos comunicar al sujeto en estudio en la "entrevista devolutiva"

(p. 396) -palabra todavía más desgraciada- se resolverá mejor sino exclusivamente en la situación de tratamiento.

A mi entender y confirmando mis comentarios anteriores, las autoras llegan a sostener que

“La devolución de información es recomendable para *preservar la salud mental del psicólogo* [el subrayado es mío] evitando que su tarea se transforme en insalubre. Esto sucedería si se hiciera cargo de las depositaciones masivas del paciente y/o sus padres. Si restituye a sus verdaderos dueños tales fantasías, emociones, impulsos, etc., depositados en él consciente o inconscientemente, el psicólogo está preservando su salud. Esto sólo puede hacerse en la entrevista final.” (p. 397).

Qué mala opinión tienen estas autoras de la tarea, capacidad y salud mental de los psicólogos que trabajan en psicodiagnóstico!. Mala opinión que acto seguido se convierte en lo contrario, una idealización omnipotente de ese mismo trabajo, hecho que contribuye aún más a realzar la confusión entre diagnosticar y tratar, que a mi entender encubre un problema no resuelto de candente rivalidad:

“El caudal informativo se enriquece no solamente para el profesional que hace el diagnóstico sino también para el terapeuta a quien se le derivará o que derivó el paciente. Sabrá cuales son las conductas probables del sujeto cuando trate de incluirle lo que habitualmente disocia, niega, aísla, etc., mediante la interpretación, significando para el terapeuta exponerse menos a la frustración y ajustar mejor el encuadre a la constelación dinámica del paciente y su grupo familiar.”(pp. 397-398).

Aquí las autoras parecen pensar que el/la terapeuta no tiene ojos, ni experiencia clínica, ni cerebro!. Y continúan aún más omnipotentemente:

“Podríamos mencionar como ejemplo el grado de colaboración de los padres [de acuerdo], la duración probable del tratamiento [?], la probabilidad de interferencias en el tratamiento o franco boicot del mismo [de acuerdo], el número y frecuencia de sesiones [?], la necesidad y circunstancias de la puesta de límites, la verbalización más exitosa de las interpretaciones [fantástico!] y la posibilidad de absorción de las mismas [sí], el material de juego más adecuado [??], etc.” (p. 398).

En otras palabras, aquí el psicólogo que realiza el diagnóstico ya se encuentra suplantando al terapeuta al cual priva de libertad y de capacidad propia y ni se le ocurre pensar que a veces -dependiendo de cada caso diferente- debe ceder su lugar de “oráculo” al terapeuta y no competir con éste sintiéndose como tercero excluido, porque de ello obviamente se trata: no quedar excluido de esa relación tan prestigiada, tan sobrevalorada: la relación terapéutica.

A continuación y antes de comentar las ideas de Botbol y Amorós, reservadas para más adelante dado que tienen un enfoque un tanto distinto, revisaré el pensamiento de H. L. de Jubany que también estudia la entrevista de devolución en el Capítulo V de su reciente y rica obra: **Lectura del Psicodiagnóstico** (1992), y lo compararé con las opiniones de Siquier y García Arzeno con el fin de observar la evolución, si la hubiese, de ese concepto.

Señala que esa entrevista debe ser explicitada desde el inicio como parte del proceso psicodiagnóstico. Esto parece obvio, como asimismo, cuando no la realizará el psicólogo evaluador, debe comunicar al interesado quién se ocupará de esa tarea. Luego indica que "Frente a las preguntas que nos demandan, interesa cómo nos posicionaremos en la diagnosis: Si como **meros técnicos** [el subrayado es mío] o en un contexto de expertos de la ciencia psicológica..." (p. 24). Se impone la pregunta: ¿Qué entiende la autora por ser "mero técnico"?

Acaso se refiere al inicial y antiguo papel del psicólogo que sólo pasaba pruebas y a menudo bajo las órdenes del psiquiatra? Desde luego evidentemente algo muy desvalorizado, ya que más adelante sostiene que:

"Es necesario otorgar un subrayado especial a la entrevista de devolución que constituye hoy, a nuestro juicio, el espacio jerarquizado dentro del psicodiagnóstico, tanto para articular la promoción de cambios, como para facilitar la experiencia al sujeto de un vínculo dentro del cual poder interrogarse acerca de sí mismo. Creo que la actual posición de la entrevista de devolución constituye un logro en la integración de una identidad plena del psicólogo, especializado, *comprometido* [el subrayado es mío] en sus vínculos profesionales y *no escindido de los requerimientos terapéuticos* [el subrayado es mío]". (pp. 116-117).

¿De modo que si no se realiza la entrevista de devolución se es un "mero técnico", escindido por añadidura y no comprometido como psicólogo? ¿Y si la especialización consiste en ser un psicodiagnosticador sin ser terapeuta? ¿Acaso no se puede funcionar como Consultor? (con mayúscula). ¿No es suficiente oportunidad el vínculo establecido en la tarea diagnóstica conjunta para "interrogarse sobre sí mismo"?

Me resulta muy curiosa y sospechosa esa reiterada insistencia en los problemas de rol e identidad del psicólogo en relación con la terapia, tema ya antes comentado y por lo visto aún persistente en la actualidad. En una vena similar la autora agrega, citando a Siquier y García Arzeno, quienes entienden "...que la devolución funciona como 'prueba' de realidad de que el psicólogo ha salido indemne de la depositación de los aspectos más dañados y dañinos del paciente y que los ha aceptado junto con los buenos y reparadores" (p. 120). Y añade: "Si no se usa la devolución se favorecen en el paciente o en el psicólogo fantasías de empobrecimiento, robo,

curiosidad, envidia, enfermedad, gravedad, incurabilidad, etc." (p. 120). O sea, sin devolución a ambos les espera un destino por lo menos trágico!

¿Es necesario enfatizar otra vez el abuso de la equiparación-confusión de la situación psicodiagnóstica con la terapéutica? Ello es ilustrado una vez más en la siguiente cita: "Capacidad para tolerar la especial cualidad del vínculo propuesto, que requiere tanto un intenso compromiso [sí] como... tolerar *la frustración* [el subrayado es mío] de su corta duración, distancia y separación." (p. 53). En esencia concuerdo con este punto de vista, pero me queda menos claro por qué el psicólogo dedicado al psicodiagnóstico tiene que, necesariamente, sentirse frustrado por su labor. Y luego:

"Curiosidad para el mundo interno propio y del otro, también aquí es necesario análisis didáctico [como psicóloga yo lo creo siempre de esencial utilidad y necesidad], poder tolerar explorarlo y estar en condiciones de elaborar el *duelo* [el subrayado es mío] por lo concluido y entregado." (p. 53).

¿Se trata realmente de un duelo? Si así fuese sería nefasto y señal de que la salud mental del psicólogo está fallando. En el fondo la cuestión es otra, la decepción, al parecer insuperable para las autoras revisadas, respecto del rol e identidad del psicólogo, que si no es *también* terapeuta pareciera que no es nada².

Finalmente una última cita: al mencionar el objetivo tradicional del psicodiagnóstico, Jubany señala: "No sólo para indicar una estrategia terapéutica, sino para enriquecer el sentido de nuestra práctica." (p. 121). Si he comprendido bien nuestra práctica psicodiagnóstica necesita ser enriquecida? ¿Tan desvalorizada se encuentra?

Distinta es la visión e impresión que emana del trabajo -inédito, lo que me parece lamentable- de M. Botbol y C. Amorós (1979): "El papel de la devolución en el proceso psicodiagnóstico". Dejando la teoría casi de lado y centrándose ante todo en el paciente y sus necesidades, en la *labor conjunta del psicodiagnóstico*, estas autoras se ocupan muy concretamente de la técnica de la entrevista de devolución, e ilustran su experiencia con dos viñetas clínicas claras, vitales.

Enfatizan una buena separación en base a la comunicación de lo que "el sujeto no sabe, necesita saber y está en condiciones de saber (*parafraseando* [el subrayado es mío] a H. Racker, 1960)" (p. 1), a fin de que el sujeto "pueda operar con" los resultados obtenidos del psicodiagnóstico.

En primer lugar me parece importante señalar este "parafrasear", porque las autoras muestran como la *aplicación* de conocimientos psicoanalíticos resultan de gran utilidad en ese proceso psicodiagnóstico.

En segundo lugar. ¿qué quiere decir "operar con"? Las autoras

²De paso, me llama la atención que en su hermoso libro Jubany no incluye la entrevista final en su caso de ilustración clínica.

piensan que reside en la *integración* de la nueva información -nueva manera de verse- derivada del proceso, comunicada y trabajada en la (o las) entrevista(s) final(es). ¿Con qué objetivo? Entre otros, “mantenerse en el rol [de psicodiagnosticador] *sin confundirse con el terapeuta* [el subrayado es mío] y teniendo presente constantemente... la separación ‘última’ a la cual se tiende...” (p. 12).

Pienso que este trabajo, breve, concreto y detallado, muestra muy claramente una fundamentación teórica bien integrada, sin confusión de roles y sin omnipotencias. Y desde esta perspectiva entiendo que “... el testista como tal [o sea, el mero técnico antes comentado] no tiene cabida en los desarrollos actuales de la tarea psicológica. (Botbol, Slullitel y otros, 1973)” (p. 1), ya que la tarea psicodiagnóstica no consiste en sólo registrar las reacciones a los instrumentos utilizados -las pruebas-, sino en la utilización de estas reacciones para que el sujeto se comprenda mejor en el proceso de cambio que se inicia con la consulta.

Para terminar me siento tentada de recurrir a un paralelo bioniano y decir que el psicólogo psicodiagnosticador toma el rol de la madre o padre frente al examinado-niño y con su “reverie” diagnóstica y habiendo “contenido” y elaborado internamente lo depositado en él/ella, es capaz de reintegrar en su informe o en una entrevista final (o en varias) aquello que ha comprendido en la tarea conjunta: el psicodiagnóstico. Intentando abrir nuevas perspectivas sobre sí mismo al examinado —contando con sus defensas— y por lo tanto acerca de su posible camino futuro, trátase de iniciar una terapia, una profesión, hasta un nuevo lugar de trabajo, y siendo “como los faros que orientan al navegante con su luz y no como el puerto en el que se cobija ni como las olas o el viento que lo acompañan en forma constante en su viaje vital.” (Campo, 1979, p. 41). El término simple, realista y claro que propongo para reemplazar el de entrevista de devolución es por lo tanto el de *Entrevista* (de elaboración, si se desea) *Final*.

BIBLIOGRAFIA

- BOTBOL, M. y AMOROS, C. (1979). El papel de la devolución en el proceso psicodiagnóstico, comunicación presentada en el VII Simposio Nacional de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, Barcelona.
- BOTBOL, M., SLULLITEL, S. y otros (1973). El psicodiagnóstico en las terapias breves, trabajo presentado en las Primeras Jornadas Rosarinas de Terapias Breves, Argentina.
- CAMPO, V. y ROSENOVICH, S. M. (1969). El psicólogo y la reparación. *Revista Argentina de Psicología*, 1, 2, 119-123.
- CAMPO, V. (1979). Psicodiagnóstico y ética. *El Rorschach en la Argentina*, 7, 1-2, 29-41.
- GRAN ENCICLOPEDIA LAROUSSE (reimpresión 1978). Vol. 3, p. 838. Barcelona: Planeta.
- JUBANY, H. L. de (1992). *Lectura del psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- PAZ, C. A. (1980). *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia: Nau.
- RACKER, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- SQUIER, M. L. y GARCIA ARZENO, (Ed.). (1975). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Vol. II. (tercera ed.). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Una investigación con el Cuestionario Desiderativo en embarazadas

Fernando Silberstein

El objetivo de este trabajo es encontrar a través del uso de una técnica psicológica breve, rápida y de fácil aplicación como es el Cuestionario Desiderativo, indicadores claros para una aproximación pronóstica del parto, puerperio y algunos datos de la relación madre-hijo. Esperamos de este modo aportar también datos significativos al obstetra en vista a una tarea preventiva interdisciplinaria.

Esta es la continuación de un trabajo anterior presentado en las Jornadas de ADEIP en Mendoza, Argentina, en 1989, y de otro presentado en el XIII Congreso Internacional de Rorschach llevado a cabo en París en 1990. Actualmente nuestra muestra cuenta con 55 casos de mujeres embarazadas. Se trata de una selección aleatoria hecha en la Maternidad Martín, de la Municipalidad de Rosario, Argentina, a la que concurrimos exclusivamente a los efectos de esta investigación.

Administramos el Cuestionario Desiderativo según la modificación del Prof. Jaime Bernstein realizada al Test de Expresión Desiderativa de Pigen y Córdoba. La consigna es: "¿Qué es lo que más le gustaría ser si no pudiera ser persona?" De acuerdo a la respuesta inicial, se repetirá la consigna, a modo de obtener tres elecciones positivas, animal, vegetal y objeto en cualquier orden. En cada una de estas elecciones se le pide al sujeto el por qué de su elección. Finalizada esta primera parte, se continúa con la siguiente consigna: "Qué es lo que menos le gustaría ser si no pudiera ser persona?" y luego se procede con la misma modalidad utilizada para obtener las respuestas anteriores.

En uno de nuestros trabajos previos habíamos estudiado el esquema corporal, el género de las respuestas, las fantasías de salida del bebé y el modo como era vivido el embarazo. Establecimos categorías de contenidos y encontramos que había respuestas típicas propias de las embarazadas, por comparación con las del grupo control. En ese sentido nos fue posible afirmar que el embarazo, sabido o no por parte de la mujer, tenía respuestas típicas por parte de las embarazadas. En el grupo de las mujeres embarazadas encontramos que el 76% daba respuestas de "flor", en tanto que en el grupo control lo hacía solamente el 38%. En la muestra ampliada actual confirmamos plenamente estos porcentajes con un error estadístico del 2%.

Sobre la base de los contenidos establecimos tres categorías de respuestas -en principio no psicoanalíticas- que son las siguientes:

- a) respuestas femeninas (rosa, flor, mar con vida adentro);
- b) respuestas anales (que largan cosas, asqueroso, sucio, barro, cerdo, basura, perfume, olor);
- c) respuestas agresivas (daño, maltrato, violencia).

La relación que entonces llamamos femenino-anal, teniendo en cuenta estas categorías, con respuestas femeninas en positivo y anales en negativo, aparece en el 42% de los casos y es indicador en un 75% de los casos de partos normales. No obstante, debemos aclarar que en un porcentaje reducido, la relación femenino-agresivo aparece en futuros malos partos.

Decidimos construir en un trabajo posterior una categoría de femenino anal y agresivo. Estas dos últimas como contenidos en las elecciones negativas. Esta categoría se ve con una frecuencia del 77%. El 80% de los partos de las mujeres con esta categoría son normales.

Es decir, que el Cuestionario Desiderativo analizado según esta categorización se revela como un indicador pronóstico eficaz para la prevención de problemas en el parto, con un elevado índice de confiabilidad.

En la continuación del análisis de nuestra muestra surgió la necesidad de implementar un sistema de clasificación de los datos. Los ítems de esta clasificación son: 1) Contorno. 2) Movimiento. 3) Relación. 4) Sensorialidad. 5) Referencias a vida y muerte.

1) *La categoría de contorno* analiza el tipo de contorno del animal, planta u objeto elegido, teniendo en cuenta la explicación que el sujeto nos da. Distinguimos:

- a) Contorno ausente. Ejemplo: "aire".
- b) Contorno en un objeto exterior. Ejemplo: "canario encerrado en una jaula".
- c) Contorno frágil. Ejemplo: "vaso de vidrio porque se rompe".
- d) Contorno definido. Ejemplo: "perro, vaca, árbol, rosa".
- e) Contorno con bolsa. Ejemplo: "canguro con bolsa".
- f) Contorno flexible: Ejemplo; "víbora".
- g) Contorno blando: Ejemplo; "conejo"
- h) Contorno expansión. Ejemplo: "luz, estrella, sol".

2) *La categoría de movimiento* analiza los movimientos activos, pasivos y padecidos.

- a) Activos: salta, pega.
- b) Pasivos: duerme
- c) Padecidos: lo usan lo tiran, lo maltratan.

En esta categoría damos lugar para clasificar situaciones especiales según sea la explicación dada. Por ejemplo: movimiento activo frenado en "no quiere ser auto porque corre y choca".

3) *Relación*: En esta columna colocamos el tipo de relación sugerida, por ejemplo "cactus", porque pincha; "víbora" porque pica; "nevera" porque

congela. La relación es en cada caso, porque pincha, porque pica, porque congela.

4) *Sensorialidad*: Aquí incluimos el sentido connotado por el contenido. Ejemplos:

Rosa por el perfume: olfativo.

Cactus porque pincha: táctil.

Silla porque se le suben o se le sientan encima: cinestésico.

Grabador que entretiene con su música: auditivo.

Conejo porque es blanco: visual.

5) *Referencia a vida o muerte*. Ejemplos: El mar porque tiene vida. La vaca porque la matan.

Estas clasificaciones pueden ser explícitas o implícitas. Las explícitas las llamamos así cuando las características analizadas están dichas por el sujeto. Y las implícitas surgen como inferencias de la explicitación dada por el sujeto que se distinguen porque se colocan entre paréntesis. El ítem referido al contorno es siempre implícito y no lo colocamos entre paréntesis.

En este trabajo hemos intentado no sólo encontrar características propias de las embarazadas, sino tratar de establecer, en la medida de lo posible, características del parto, puerperio y algunas condiciones del bebé al nacer. Dividimos la muestra en dos grupos etarios que presentan características diferentes: a) el grupo de 15 a 18 años inclusive y b) el de 19 años en adelante.

En el grupo a) de las adolescentes, los movimientos padecidos en las respuestas positivas se asocian con un buen parto, en tanto en el grupo de 19 años en adelante, el movimiento padecido aparece en las respuestas negativas, también asociado con buen parto. En ambos grupos encontramos que cuando mejor es el contorno, mejor es el pronóstico.

En partos con fórceps observamos en las respuestas negativas contornos flexibles y frágiles. En el grupo adolescente las respuestas con referencia a muerte están asociadas con buen parto. En cambio en el grupo de las embarazadas mayores no encontramos que esta respuesta sea significativa. Las respuestas de sensorialidad cinestésica se da la mayoría de las veces con parto normal.

Un protocolo de futuro buen parto presentaría:

1) Respuestas de contorno definido o blando.

2) Movimientos padecidos en positivas si es adolescente entre 15 y 18 años, y en negativas si tiene más de 19 años.

3) Sensorialidad cinestésica en las negativas.

4) Respuestas con referencia a la muerte si es una adolescente.

5) Relación femenino-anal o femenino-agresivo, con las precisiones hechas anteriormente.

La subdivisión de nuestra muestra en grupos de adolescentes y

mayores se debe a las diferencias obtenidas en los protocolos. Esto nos plantea la hipótesis de que la mamá adolescente crece a la par de su bebé, ya que el crecimiento de la mujer es significativo hasta los 18 años. Desde esta perspectiva el bebé podría ser vivido como otro órgano que crece, así como todo el resto del cuerpo de la mujer aún está creciendo. El embarazo es una transformación que a esa edad facilita la posibilidad de indiscriminación de la madre y su bebé; mientras ella se encuentra perdiendo el cuerpo de niña para adquirir el cuerpo de mujer adulta. Ser entonces un cuerpo de madre para un bebé, implica un sobre esfuerzo para una niña madre que debe hacer al mismo tiempo el doble duelo de su cuerpo infantil. Aprende a conocer, ver y vivenciar su cuerpo adolescente paralelamente al de madre.

Por la extracción social de la muestra, clase media con mutualidad y clase baja, podemos pensar que estas jóvenes funcionan en sus vidas con una idea de las responsabilidades de la crianza de hijos. Tal vez sean más expertas que las jóvenes de clase media alta, pero de algún modo la vivencia de las transformaciones del cuerpo de la adolescencia son comunes. A la percepción de las modificaciones físicas propias de esta edad se sumarían las diversas percepciones referidas al bebé que llevan adentro. Creemos que el embarazo exige un paso más para el contacto con la realidad externa y particularmente interna de ese momento de la vida.

Pensamos que es posible que los movimientos padecidos estén vinculados al registro de la madre atenta a los movimientos del bebé. Estos movimientos tienden a ser incorporados de manera diferente por la madre adolescente que por la madre adulta.

En cuanto a la relación madre-hijo, el Cuestionario Desiderativo nos dará mayor claridad al profundizar en la línea de trabajo referida: cómo el bebé se instala en la fantasía inconsciente de la madre; la misma pasaría a configurar aspectos significativos de las condiciones en que el bebé nace. Veamos los siguientes ejemplos:

Caso N.º 45: elección 3 negativa: "aparato de respiración porque salva la vida". El bebé nace con parto normal pero se le debe colocar máscara de oxígeno.

Caso N.º 24: Primera elección positiva: "nevera porque es muy útil, algo importante. Se conservan muchas cosas que ayudan mucho. En el verano no se pueden tener muchas cosas fuera de la nevera". El médico debe dar indicaciones a la madre para que abrigue al bebé.

Caso N.º 46: Elección 2 negativa: "helecho porque van por todos lados y se cuelgan". El bebé nace con parto espontáneo normal pero con doble circular de cordón.

Caso N.º 25: Elección 3 negativa: "higuera porque el fruto que da no me gusta y tiene las hojas ásperas". La madre tuvo poca leche y se debió reforzar con alimento.

El estudio de las embarazadas a través del Cuestionario Desiderativo proporciona una fuente continua de hechos que nos asombran y que nos hacen insistir en dar a luz un Desiderativo que dé cuenta del deseo de la madre que espera a "su majestad el bebé".

BIBLIOGRAFIA

- BELL, J. (1964). *Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- FREUD, S. (1968). La feminidad. En S. Freud *Obras completas*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1968). Introducción al narcisismo. En S. Freud *Obras Completas*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1968). Acerca de la feminidad. En S. Freud *Obras Completas*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- ISAACS, S. (1977). Naturaleza y función de la fantasía. En M. Klein, *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós.
- KLEIN, M. (1978). Efectos de la situación de ansiedad sobre el desarrollo sexual de la niña. En M. Klein *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós.
- SQUIER de OCAMPO, M. L., GARCIA ARZENO, M. E. (Ed.) (1974). *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

El Rorschach en enfermos en diálisis crónica

Pedro Barbosa

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos en el estudio, a través del Rorschach, de nueve pacientes que se encontraban en diálisis crónica. Se muestran medias y desviaciones típicas de las variables que presenta Exner (1990). Se realiza el análisis de los resultados a fin de presentar un perfil psicológico de estos pacientes.

Introducción

En este trabajo presentamos, aunque renovada, una comunicación que fue presentada en el VIII Simposio Nacional de nuestra Sociedad, en Valencia, 1981, con el mismo título y cuyos autores eran Pedro Barbosa, Juana Mari Maganto, Rosa M. Roca y Antonio Sangüesa.

Al pensar en su publicación ahora, transcurridos once años, nos pareció importante hacerlo pero introduciendo los cambios experimentados desde entonces en el Sistema Comprensivo de Exner. Por ello se decidió re-clasificar los Rorschachs según el sistema ahora vigente y realizar un análisis de los resultados obtenidos, incorporando las innovaciones actuales en la interpretación del test. Esto es lo que se hizo y así lo presentamos.

Estamos muy interesados en realizar un estudio en el que se pudiera presentar el perfil psicológico de enfermos físicos; en este caso de enfermos sometidos a diálisis.

El objetivo del trabajo era doble. Primero colaborar en estudios interdisciplinarios, haciendo una aportación psicológica al campo de la medicina, al estudiar un hecho pluridimensional como es el enfermo en diálisis. En segundo lugar queríamos presentar y ver las posibilidades de las técnicas proyectivas, en especial el Rorschach, en el campo de la investigación realizada con pacientes de nuestro país.

Teniendo en cuenta lo limitado de la muestra no pretendemos inferir conclusiones generales de ningún tipo; sólo pretendemos mostrar lo que hemos encontrado y nada más.

El principio en que se basa la hemodiálisis crónica -tratamiento de la insuficiencia renal mediante un riñón artificial- es el de permitir a la sangre intercambiar fuera del organismo, pequeñas moléculas con un líquido de lavado de composición adecuada a través de una membrana semipermeable (Gerardo del Río, 1969). Los especialistas en nefrología han subrayado siempre, junto a las indudables ventajas de la diálisis crónica, los factores de riesgo y las complicaciones, también en la dimensión psicológica. El impacto emocional relacionado con el hecho de tener que dedicar mucho tiempo a un programa en el que el ser humano depende por completo de una

máquina, no siempre es tolerado por todos los pacientes, llegando algunos, según Papper (1974) a sufrir una depresión e incluso a suicidarse.

Brod (1978) señala ciertos factores de estrés, como el deterioro de la sensación de salud del paciente —diálisis dos veces por semana a menos que se dialice cada noche, la libertad restringida de movimientos, en un radio relativamente pequeño alrededor del centro de diálisis o de su hogar si dispone de aparato privado— además del obstáculo que representa para ejercitar muchas actividades, la mayor parte de los deportes, como causa y signo de posibles dificultades psíquicas.

Algunos investigadores han intentado realizar observaciones y trabajos de carácter psiquiátrico y psicológico encaminados a observar las repercusiones psíquicas en pacientes sometidos a diálisis crónica. Nos pareció de interés y de utilidad el estudio de las repercusiones psicológicas en estos enfermos. Teníamos la posibilidad de estudiar a algunos pacientes de esta naturaleza y así pretendimos por una parte ayudar psíquicamente a estos enfermos y por otra parte alcanzar los dos objetivos que hemos señalado al principio.

Presentación de la muestra

Se trata de nueve enfermos en diálisis crónica que colaboraron voluntariamente con este trabajo. Tenían ciertas dificultades psíquicas, aunque no claras y no eran muy conscientes de ellas; aceptaron ser estudiados y poder así recibir una asistencia y ayuda psicológicas.

Los pacientes procedían de una institución que se encuentra en Barcelona y que hace tratamientos de diálisis. Se tuvo una entrevista con cada uno de ellos; se les aplicó una batería de tests: Rorschach, Dibujo de un Animal, H-T-P, Frases Incompletas, Desiderativo, Minnesota, Wartegg y un cuestionario de autoevaluación de su estado físico. Entrevistas y tests fueron realizados por la misma persona.

La edad de los 9 sujetos, 7 hombres y 2 mujeres, oscila entre los 18 y 65 años, casi todos casados, con por lo menos 12 años de nivel de estudios, entre 3 y 17 años de enfermedad y entre 9 y 54 meses en diálisis.

Análisis de los resultados

Presentamos a continuación los resultados más relevantes (Tablas 1 y 2).

1. Capacidad de control y tolerancia al estrés: Una característica básica del perfil medio obtenido en base a los sujetos estudiados, correspondería a un individuo con gran posibilidad de desorganización y de desajuste, y con limitada tolerancia al estrés ($D = -1.11$ y $D_{aj} = -.88$). No tendría fácil acceso a sus recursos, sería impaciente e impulsivo y todo ello le haría difícil controlar y dirigir eficazmente su conducta. Sería una persona

Tabla 1
Medias y desviaciones típicas de las variables Rorschach

Variable	Media	DT	Variable	Media	DT
R	13.66	4.54	Múltiples	1.77	2.14
W	8.33	3.46	Múlt.Col.Clar.	.55	.83
D	4.55	3.34	Afr	.51	.12
Dd	.77	1.22	P	4.66	1.63
S	1.88	1.66	X+%	.46	.12
DQ+	3.77	1.47	F+%	.42	.26
DQo	7.88	2.84	X-%	.24	.09
DQv	.44	.83	Xu%	.27	.09
DQv/+	1.55	1.94	S-%	.34	.32
FQXo	6.55	3.13	Aislamiento	.24	.17
FQXu	3.77	1.61	H	1.33	.81
FQX-	3.22	1.13	(H)	0.00	0.00
MQo	.88	.99	Hd	.22	.41
MQ-	.44	.80	(Hd)	.22	.41
S-	1.00	.81	Hx	.22	.41
M	1.44	1.06	Todos cont.H	2.00	1.15
FM	2.33	1.15	A	5.22	1.13
m	.88	.99	Ad	1.33	1.33
FM+m	3.11	1.79	An	1.44	1.06
FC	.11	.31	Art	1.22	2.14
CF	1.00	.94	Bl	0.00	0.00
C	.11	.31	Bt	1.44	1.06
FC+CF+C+Cn	1.22	1.03	Cg	.44	.68
SumPond.C	1.22	1.05	Fd	.22	.22
Sum C'	.88	1.44	Ge	.33	.94
Sum T	.66	.81	Hh	.55	.66
Sum V	.33	.47	Ls	.55	.69
Sum Y	1.00	1.63	Na	.55	1.06
Sum Clarooscuro	2.88	3.21	Sx	.33	.66
FD	.55	.49	Xy	.33	.94
F	6.66	5.67	Idiográficos	.88	.99
PAR	4.77	2.39	DV	.77	.78
3r+(2)/R	.36	.20	INCOM	.55	.83
Lambda	1.46	1.47	DR	1.11	1.28
EA	2.66	1.87	DV 2	.33	.33
es	6.11	4.45	INCOM 2	.22	.22
D	-1.11	2.59	DR 2	.22	.22
Daj	-.88	2.02	ALOG	.22	.22
a (activo)	2.66	1.49	Sum6 Cód.Esp.	3.66	1.15
p (pasivo)	2.00	1.63	Sum6 Cód.Esp.	2.88	.99
Ma	1.11	.87	Sum Pond.6	10.44	5.92
Mp	.33	.66	AG	.44	.49
Intelectualiz.	1.44	2.21	COP	.22	.22
Zf	10.55	3.83	MOR	1.22	1.39
Zd	+3.00	3.59	PER	1.11	1.96

Tabla 2

Proporciones, Porcentajes e Índices Especiales

ESTILO EB			DESVIACIONES DE LA CALIDAD FORMAL		
Ambitendente	8	88%	X+% < .70	9	100%
Extratensivo	1	11%	X+% < .61	9	100%
PUNTUACIONES D:			F+% < .70	5	55%
D = 0	4	44%	Xu% > .20	7	77%
D < 0	1	11%	X-% > .15	8	88%
D < -1	4	44%	X-% > .20	5	55%
Daj = 0			PROPORCION FC : CF+C		
Daj < 0	2	22%	(CF + C) > FC + 1	2	22%
Daj > -1	3	33%	(CF + C) > FC + 2	1	11%
DEPI = 6	1	11%	CDI = 5	1	11%
DEPI = 5	2	22%	CDI = 4	4	44%
VARIABLES DIVERSAS					
Lambda > .99	4	44%	COP = 0	7	77%
DQv+DQv/+ > 2	3	33%	AG = 0	5	55%
S > 2	4	44%	MOR > 2	2	22%
Suma T = 0	5	55%	Cod.Esp.Nvl 2	5	55%
Suma T > 1	2	22%	Hpura = 0	6	66%
3r+(2)/R < .33	5	55%	p > a + 1	2	22%
3r+(2)/R > .44	3	33%	Mp > Ma	1	11%
Afr < .50	2	22%	FM+m > Suma Clarosc.	7	77%

sobrecargada y abrumada de estímulos dolorosos y vivencias negativas, con necesidades básicas insatisfechas ($es = 6.11$) y con pocas potencialidades y recursos accesibles y actuales ($EA = 2.66$ y $W:M = 8.33 : 1.44$). En cinco sobre nueve sujetos estudiados este funcionamiento es estable y estructurado, no debiéndose únicamente a la situación actual de su enfermedad ($Daj = .88$); en el resto creemos que este funcionamiento es en parte debido a su patología actual.

Su estilo de vida es ambivalente y dentro de la ambivalencia tiende a ser coartativo ($EB = 1.44 : 1.22$). Este estilo es vacilante, lábil, indeciso e inseguro; su modo de reaccionar es imprevisible. No sabemos bien si para resolver sus conflictos y satisfacer sus necesidades básicas tenderá a la ideación y reflexión o buscará una interacción afectiva con el mundo que le rodea; ambas soluciones están muy inhibidas, atrofiadas y son ineficaces. Su actividad ideacional y emotiva es poco deliberada y poco organizada, lo que determina que junto a muchas necesidades sin satisfacer y la mala utilización de sus recursos, sus comportamientos sean poco gratificantes y

sus relaciones se hallen empobrecidas ($CDI = 3.44$); con una sensación de tensión, malestar y depresión, sin saber como liberarse de todo ello.

2. Vida afectiva: Otra característica básica y significativa es la constricción afectiva. Hay inhibición emocional, represión de lo afectivo; cuando no controla sus emociones, éstas aparecen desadaptadas e impulsivas ($FC : CF+C = .11 : 1.11$; Múlt. : $R = 1.77 : 13.66$; $\Lambda = 1.46$).

Su experiencia emocional es prevalentemente dolorosa y penosa (Suma clarosc. = 2.88; $YF > FY$; presencia de VF). Se siente indefenso, inhibido, paralizado y pasivo ante la tensión, el malestar y el sufrimiento. Ello le crea ansiedad y depresión. En demasiadas ocasiones no logra manifestar su estado afectivo al exterior y esta impotencia puede ser vivida reaccionando con hostilidad y resentimiento ($S = 1.88$), apareciendo conductas negativistas, intolerancia y terquedad.

Rehuye cierto contacto ambiental que le puede movilizar emociones dolorosas y en principio tiende a apartarse de la interacción emocional ($Afr = .51$).

3. Autopercepción. Imagen de sí: Al examinarse no le gusta como se ve (V) y existe una fuerte preocupación por su cuerpo ($An+Xy = 1.77$), con vivencias penosas y dolorosas (Suma Clarosc. = 2.88; $YF > FY$; $VF > FV$). Siente insatisfacción interior ($FM+m > Suma Clarosc.$); hay rabia y negativismo ($S = 1.88$; $S-\% = .34$), constricción afectiva ($FC : CF+C = .11 : 1.11$; $\Lambda = 1.46$); se nota abrumado y sobrecargado, manejando mal esta situación ($D = -1.11$ y $Daj = -.88$). Todo ello le da una imagen de sí dañada y negativa, aunque la media de MOR es sólo = 1.22, la media de R es solamente = 13.66, pero no parece haber una autoestima baja ($3r+<2> = .36$).

4. Relaciones y percepción interpersonales: Hay dificultades en el contacto humano. Aparece un marcado desinterés hacia los otros y un encerrarse en sí mismo con posible tendencia al aislamiento social ($Aisl./R = .24$). Sus experiencias se hallan marcadas por la ineptitud y la falta de gratificaciones sociales ($CDI = 3.44$) identificándose más con aspectos inanimados, estáticos e inhumanos, retrayéndose en actividades y pensamientos más rutinarios y estereotipados ($P = 4$, $M = 1.44$, $H = 1.33$, Suma $H = 2.00$, $Afr = .51$, Suma $T = .66$, $A\% = 6.77$).

Las personas no son fácilmente vistas de manera realista y objetiva debido a percepciones subjetivo-emotivas ($H : (H)+Hd+(Hd) = 1.33 : .44$).

5. Procesamiento de la información: Predomina una forma defensiva que le lleva a procesar la información y los estímulos de manera inadecuada ($\Lambda = 1.46$); tiende a simplificar demasiado las experiencias que recibe y ello le lleva a errores porque evita y rechaza lo complejo, tendiendo por ello a actuaciones impulsivas. Por otra parte parece inclinarse a afrontar la información de manera cuidadosa y precisa, complicada y compleja ($Zf = 10.50$ y $Zd = +3$), contradicción potenciada dentro del marco de su EB ambivalente y del número de respuestas bajo ($R = 13.66$).

El tipo de apercepción de la realidad es demasiado abarcativo y general, alejado de lo concreto y obvio ($W : D : Dd = 8.33 : 4.55 : .77$). El nivel de aspiraciones supera su nivel de actividad y recursos desarrollados y accesibles ($W : M = 8.33 : 1.44$).

6. Mediación cognitiva: El contacto con la realidad es bastante inferior a lo "normal"; no percibe la realidad como es ($X+ \% = .44$; $F+ \% = .42$; $X- \% = .24$ y $Xu \% = .27$). Evita e ignora estímulos complejos y relevantes al simplificar en exceso ($\Lambda = 1.46$). Esto le lleva a no tener en cuenta aspectos importantes en las relaciones con los demás y con la realidad.

Creemos que esta falta de contacto con la realidad no es de tipo psicótico, ya que ($FQXu > FQX-$; $M-$ sólo es $= .44$ y $P = 4$) los trastornos del pensamiento no son del tipo más grave (y $A \% = 6.77$). Pero al no ser la realidad satisfactoria, se inventa y crea otra realidad.

7. Ideación: Su ideación tiende a ser pesimista ($MOR = 1.22$; Suma $V = .33$; $VF > FV$; Suma Clarosc. $= 2.88$) y su pensamiento se halla movido por sus necesidades no resueltas y su estado de ánimo disfórico ($eb = 3.21 : 2.88$).

Aparecen algunos trastornos del pensamiento (Suma Bruta de F.E. $= 3.66$ y Suma Pesada $= 10.44$; Nivel 2 $= .88$) pero no son del tipo más grave. Sin embargo esos fallos cognitivos y cierto desorden en el pensamiento determinan un cierto fracaso en el intento de percibir y manejar su experiencia de manera lógica y realista.

Conclusiones

1. Los sujetos estudiados tienen serias dificultades en la capacidad de control y tolerancia al estrés; les es difícil dirigir eficazmente aspectos de su conducta, ya que muchos de sus recursos no les son accesibles ni los tienen actualmente desarrollados.

2. El estilo de vida es ambivalente y coartativo y su modo de reaccionar imprevisible; los elementos de introversión y extratensión resultan muy limitados.

3. Presentan una fuerte constricción en el campo psíquico; el funcionamiento se halla marcado por la ineficacia y un uso deficiente de sus recursos.

4. La característica básica de su mundo emocional es la constricción afectiva, siendo la vivencia emocional prevalentemente dolorosa y penosa. En parte sus sentimientos son de inhibición e indefensión, y en parte muestran rabia y negativismo.

5. No se gustan a sí mismos.

6. Tienen dificultades en sus relaciones interpersonales; no perciben a los demás de manera realista y objetiva.

7. Distorsionan la realidad al no ser ésta satisfactoria, se crean su

propia realidad. Los mecanismos de defensa más utilizados son la represión, el aislamiento, el desplazamiento, la negación y el control.

8. Hay ciertos trastornos del pensamiento, siendo ineficaces en la ideación lógica y flúida.

9. Hemos observado como dos grupos en el estudio de estos sujetos: unos presentan características propias de depresivos de tipo reactivo; y otros se muestran más inhibidos y coartados.

10. Señalamos la coincidencia fundamental de los datos obtenidos por el grupo estudiado -enfermos en diálisis- con lo hallado por la Universidad de Hadassah y de su hospital, departamento de Psiquiatría (A. Kaplan de Nour y J.W. Czaczkes, 1968): según estos investigadores la fuerte estructura defensiva de los pacientes en diálisis crónica, lleva a una constricción general de la personalidad. Su rendimiento en las pruebas de inteligencia denotan funcionamientos por debajo de sus capacidades. Las relaciones interpersonales resultan estrechas con escasísima implicación emocional. La masiva movilización de los mecanismos de defensa inconscientes se resuelven con un empobrecimiento general de la personalidad. Estas conclusiones son debidas a una investigación con una batería de tests, entre los cuales se encuentra el Rorschach, en un grupo de once pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- BROD, J. (1978). *El Riñón*. Barcelona: Labor.
- DEL RIO, G. (1969). *Tratado de Patología y Clínica Médica*. curs Barcelona: Salvat.
- KAPLAN DE NOUR, A. y CZACZKES, J. W. (1968). Psychological and psychiatric observations on patients in chronic haemodialysis, en D. Kerrfies y D. Walter Elliot: *Proceedings of the European Dialysis and Transplant Association*, Amsterdam (5), 67-73.
- PAPPER, S. (1978). *Nefrología Clínica*. Barcelona: Salvat.

El psicoanálisis, los psicoanalistas y las técnicas proyectivas

(Problemas teóricos y metodológicos. Experiencias personales, interrogantes, dudas y realidades presentes)³

Carlos A. Paz

Como coordinador de una mesa redonda en el IX Symposium Nacional de la S.E.R.M.P. en 1986, expuse mis ideas sobre este tema. La importancia que concedo a los puntos tratados, hace que hoy, al revisarlos me sigan pareciendo actuales, y con vigencia suficiente para su publicación.

Expondré mis ideas sobre esta cuestión en tres momentos sucesivos. Espero que al integrarse estas tres etapas de mi pensamiento, sean estímulos sugerentes y suficientemente abarcativos, como para ofrecer un panorama actualizado de las vinculaciones presentes entre las técnicas proyectivas y los problemas planteados al introducirlas para el diagnóstico, el pronóstico y el seguimiento en la clínica psicoanalítica. Problemas que sin duda se extienden a su uso para la verificación y evaluación de los resultados alcanzados mediante las técnicas psicoanalíticas hoy en día. Soy plenamente consciente de que limito en cierto modo la temática planteada en el programa, al ceñirme de manera esencial en la enunciación y exposición de esta problemática, a los enfoques, visiones y experiencias provenientes del psicoanálisis. Pero al proceder así, trato de mantener una coherencia, al transmitir, juzgar o evaluar esos distintos ítems desde aquel campo, donde se ha ido constituyendo mi experiencia en este terreno. Y nada excluye que los puntos enunciados sean encarados y estudiados en función de psicoterapias no psicoanalíticas, psicoterapias grupales, psicoterapias breves, etc.; es decir que un amplio campo queda abierto al psicólogo clínico para el estudio de esos ítems y esas relaciones fuera de procesos psicoanalíticos en sentido estricto.

Anticipo desde ahora mi convicción, de que cada uno de los ítems planteados en nuestra temática presente, ofrecen profundos y difíciles problemas, no ya al correlacionarlos con las técnicas proyectivas, sino en sí mismos. Débese esto a la multiplicidad de variables que se imbrican en cada uno de ellos (diagnóstico, pronóstico, seguimiento evolutivo, evaluación de resultados) junto a los problemas emergentes de la teorización psicoanalítica actual. Surgen aquí la superposición y divergencias de

³El presente texto fue presentado en el XI Simposio Nacional de la S.E.R.Y.M.P., Cartagena, 1966

criterios entre las distintas escuelas psicoanalíticas -integrantes todas ellas de la Asociación Psicoanalítica Internacional, fundada por Sigmund Freud- acerca de la cura psicoanalítica. Agrégase a esto, la falta de delimitaciones claras y precisas en el uso de términos teóricos y técnicos básicos, lo que produce a menudo la descripción de procesos diferentes con iguales términos o por el contrario, la descripción de procesos semejantes con distinta terminología, en gran parte neoformada. El área de los mecanismos de defensa del Yo nos ofrece clarísimos ejemplos de estos fenómenos; el saber qué debemos entender hoy por represión sería buena muestra de esta dificultad, ya que este concepto varía ampliamente para los freudianos contemporáneos, los kleinianos o los seguidores de Winnicott. La noción de "self" constituiría otro precioso ejemplo de estas inevitables dificultades semánticas y conceptuales para el psicólogo clínico, en cuanto administrador de las técnicas proyectivas, como lo son para los psicoanalistas mismos. Y en este terreno nos encontramos con que nociones nuevas como la de identificación proyectiva, han sufrido modificaciones sustanciales tanto en su conceptualización como en su uso, desde su introducción por Melanie Klein.

Primer momento de estas reflexiones. Conclusiones obtenidas de mis experiencias personales.

Subrayo mi deseo y mi esperanza de escuchar e incorporar las experiencias y las ideas de los lectores de esta revista a fin de confirmar o modificar mis conclusiones, obtenidas a través de muchos años de trabajo y colaboración en este campo.

1) Las técnicas proyectivas son de inestimable valor dentro de la clínica psicoanalítica, para el diagnóstico, la determinación de la analizabilidad, el pronóstico y el seguimiento evolutivo de todo tipo de casos clínicos: neuróticos, psicóticos, psicósomáticos, etc. Este aporte adquiere mayor relieve aún en el estudio y delimitación de estructuras psicopatológicas nuevas, descritas por psicoanalistas y necesitadas de profundización y confirmación en su especificidad. La patología borderline o la patología del narcisismo son elocuentes ejemplos en este sentido. La colaboración y la permanente correlación en este campo, la creemos imprescindible para la confirmación y validación de la información aportada por las técnicas proyectivas, ya que de no contar con este feed-back, los psicólogos clínicos se ven obligados a trabajar con múltiples incertidumbres, posición poco científica y nada favorecedora del esclarecimiento recíproco.

2) Más de treinta años de experiencia me han convencido de la posibilidad cierta de incluir las técnicas proyectivas en todos los aspectos señalados desde el comienzo, inclusión de verdadero provecho para el psicoanalista, el administrador de estas técnicas y el propio paciente. A esta inclusión factible y beneficiosa he contribuido con sugerencias y procedi-

mientos concretos para su instrumentación y ejercicio en el proceso psicoanalítico (Paz, 1971 y 1980). Esta integración favorece de hecho a la psicopatología psicoanalítica al contribuir a delimitar y precisar estructuras específicas, tal el caso de los estudios con Rorschach acerca de los casos borderline, que han mostrado con claridad la amplitud de las diferencias entre los casos descritos como típicos por O. Kernberg, J. Gunderson, J. Masterson o por mí mismo.

Pero la verificación de estas posibilidades, no significa que la factibilidad de este proceso integrador técnicas proyectivas-psicoanálisis sea alcanzable habitualmente o fácilmente generalizable. Por el contrario creo difícil este proceso, y hasta me atrevería a decir inalcanzable en los medios donde he tenido experiencias personales (España y Argentina). Y por qué no preguntarnos entonces, qué hace que este proceso de integración y colaboración resulte tan difícil? Antes que nada conviene destacar que la postura epistemológica y metodológica de la mayor parte de los psicoanalistas dificulta o impide este contacto. Al sostenerse como principio que los únicos productos psicoanalíticos válidos son los obtenidos en el proceso analítico y por ende en la relación bi-personal, paciente-analista, la introducción de un tercero alteraría substancialmente el diálogo analítico. Esta postura quita todo valor a la información suministrada por las técnicas descubrimiento de nuevas estructuras psicopatológicas y los cambios en las descritas clásicamente por Freud, han creado multitud de incógnitas en el psicoanálisis actual, en lo referente a analizabilidad, estructuración y funcionamiento de las instancias, etc. Y que decir de las incertidumbres con respecto a los resultados alcanzables por la técnica psicoanalítica, hecho ya señalado sin ambages por el propio Freud en "Análisis terminable e interminable". A pesar de todo esto, es dominante la postura de valorar y jerarquizar solamente trabajos de psicoanalistas para profundizar o aclarar puntos teóricos, que de hecho no son necesariamente y con certidumbre susceptibles de serlo por la vía exclusiva del psicoanálisis. Tomaré a modo de ejemplo, el problema planteado por la noción de "preconsciente", tema de múltiples interrogantes actuales: los atributos de este sistema, su importancia en la vida cotidiana y en el proceso psicoanalítico, sus constituyentes básicos; la estructura de este sistema preconsciente en los casos psicósomáticos, las personalidades narcisistas o los casos borderline es otro aspecto a dilucidar. No puedo dejar de pensar en la aportación inestimable que podrían brindarnos las técnicas proyectivas para confirmar, modificar o profundizar las características, los alcances y los límites del preconsciente. Creo que no podría dejar de ser así, ya que en estos interrogantes y estudios están en juego el examen detallado de los procesos de pensamiento, postulados como radicalmente alterados por ejemplo en los casos psicósomáticos, caracterizados por un tipo de pensamiento denominado operatorio. Igualmente los procesos de memoria en sus

niveles inconsciente y preconscious suscitan cuestionamientos; los procesos de percepción de tan difícil visualización y estudio en un proceso analítico podrían y de hecho lo son, mejor conocidos mediante medios específicos como lo constituyen las técnicas proyectivas. La relación entre fantasía y realidad, la noción misma de realidad, y de juicio y sentido de realidad, encaradas y desarrolladas por Freud no tienen acaso posibilidad de ser investigadas mediante estas técnicas? Sin embargo un reciente trabajo sobre "El preconscious" (Bauduin, 1986) ilustra estas consideraciones acerca de esta postura prescindente. Allí se encara la delimitación y alcances actuales de esta noción freudiana, exclusivamente desde la clínica psicoanalítica. Y esto a pesar de abordarse en dicho estudio, temas como "Percepción y pensamiento" o "Las Representaciones de la realidad". Espero que estas consideraciones sintéticas contribuyan a mostrar y clarificar las dificultades existentes para integraciones o articulaciones entre técnicas proyectivas y psicoanálisis, a nivel de la teoría y la clínica psicoanalíticas. Y lo paradójico y tal vez factor complicante sea que las teorías psicoanalíticas han sido en muchos casos piedra angular del desarrollo de estas técnicas.

3) Para lograr esta integración, allí donde fuera posible por la actitud e interés recíproco, creo imprescindible un conocimiento mínimo por parte del psicoanalista de las técnicas proyectivas, sus posibilidades y sus limitaciones, y a su vez por parte del psicólogo clínico un conocimiento teórico y clínico del psicoanálisis, como asimismo la experiencia del psicoanálisis personal, como facilitadores del intercambio y la comprensión recíprocas. De no cumplirse estos prerequisites, veo muy difícil una auténtica integración y entendimiento entre el psicoanalista y el administrador de las técnicas proyectivas.

Segundo momento de estas reflexiones. La analizabilidad y el seguimiento de casos analizados.

Si bien el ocuparnos del papel de los métodos proyectivos en los aspectos diagnósticos me ha resultado siempre esencial, privilegiar en este contexto los problemas y perspectivas ofrecidos por la determinación de la analizabilidad y el seguimiento del paciente a través de su proceso analítico hasta su terminación, incluyendo el estudio de los resultados alcanzados, me ha parecido ineludible. Si definimos la analizabilidad como "una noción referida al grado en que un paciente determinado y un analista pueden comprometerse en un proceso analítico, en el cual el paciente pueda evolucionar y eventualmente curar, y el analista se gratifique en su tarea específica" (Paz, 1971). Pienso además que no es ni puede ser un concepto absoluto que permita dividir a los pacientes en analizables o inanalizables de acuerdo a su estructura psicopatológica. Es por el contrario un concepto relativo que surge de la concepción multidimensional, la que abarcará

ineludiblemente al paciente, al analista y a sus circunstancias vitales. La experiencia de más de treinta años me ha mostrado sin lugar a dudas el importantísimo papel que juegan los métodos proyectivos integrados con las entrevistas psicoanalíticas previas, para su determinación. En muy contadas ocasiones he observado problemas con esta inclusión, y debo destacar por lo paradójico, que estas dificultades se han producido más frecuentemente con profesionales cercanos al psicoanálisis o la psicología.

El seguimiento: Me referiré al seguimiento de pacientes durante un proceso analítico en sentido estricto, y a los fundamentos que me llevaron, hace ya muchos años a organizarlo de una manera específica, en la que ocupan papel esencial los métodos proyectivos. La revisión del derrotero seguido y la determinación periódica de las posiciones alcanzadas la estimamos necesaria para ambos, paciente y analista, pues si aceptamos que ambos coparticipan en el proceso, sin duda les interesa, por igual, saber donde están situados. Para el psicoanalista creemos conveniente el retomar un contacto amplio y total con la persona que inició el análisis, con sus cambios sucesivos a través del espacio analítico. Y es saludable reconectarse consigo mismo, con ese que uno fue y que se comprometió a analizar a otro ser humano, sin plazo, pero asumiendo dígame lo que se diga sobre neutralidad, de manera innegable el compromiso y la responsabilidad de ese proceso. Este procedimiento nos ayuda a reubicar en nosotros de manera realística y progresiva cada paciente concreto, en sus muy concretas posibilidades de progreso y cambio. Nos muestra en visión panorámica sus limitaciones y las nuestras, es decir nos permite una visión progresiva de ambos. También permite al analista ubicar sus propios cambios como analista, sean teóricos o técnicos, sus nuevos aprendizajes, es decir nos va resituando. Y el empleo del plural me permitirá una aclaración en relación con la práctica psicoanalítica de supervisiones con un colega, las que si bien pueden ayudarnos a esclarecer muchos de los puntos enunciados —siempre y cuando siguiéramos sistemáticamente y con continuidad un caso clínico— no contribuye en absoluto a la clarificación del otro miembro de la pareja —el paciente— quien permanece totalmente marginado del procedimiento. El seguimiento tal como lo concebimos nosotros contribuye a hacerlo más responsable de sí mismo, le obliga a compararse con aquel que fue tiempo atrás y que llegó al análisis. Le permite unir dos imágenes de sí mismo, generalmente muy diferentes. El hecho de reflexionar sobre el camino recorrido ayuda a no descansar pasivamente en un proceso que puede ser atribuido y depositado infantilmente en la figura del analista, responsable fundamental del proceso. El verificar periódicamente que el propio analista se somete a escrutinio, y no teme constatar cuál es la situación presente con relación a un pasado, colabora a disminuir la omnipotencia del paciente e igualmente disminuye la omnipotencia proyectada en el analista.

He encontrado que la mayoría de mis colegas creen o parecen creer que este proceso de integración y reconocimiento progresivo se da de manera indiscutible en todo proceso psicoanalítico que marche bien. Pero en mis experiencias con reanálisis o dialogando con multitud de analizados, he podido verificar que esta ubicación que debería formar parte del insight analítico, dista mucho de ser una realidad alcanzada mayoritariamente. Creemos que la regresión transferencial es tan intensa en un análisis, que el reubicar a la parte adulta del paciente con respecto a su situación interna y externa es de gran utilidad, permitiéndonos nuestra propia ubicación como analistas de este paciente del hoy. Junto a esto no podemos dejar de señalar como este seguimiento periódico, contribuye a solucionar uno de los más difíciles y discutidos problemas del campo psicoanalítico: la terminación del análisis. Un seguimiento continuado ayuda notablemente en este punto, pues permite a la parte adulta del paciente ocupar el lugar que le corresponde, asumirse en el conocimiento y la visión responsable de lo que está sucediendo en algo tan vital para sí mismo, como lo es su análisis. Otro punto trascendente, pero que funciona como verdadero punto ciego entre psicoanalistas, es la posibilidad o imposibilidad de visualizar todos los casos que tratamos en su compleja y detallada evolución, al paso que actualizamos nuestra propia y simultánea evolución. Creemos que a pesar de la agilidad que permite desarrollar el análisis personal y la consiguiente ampliación mnémica que nos brinda, resulta difícil pensar que se dé en todo analista una visualización progresiva e integrada de cada uno de sus diez o más casos analizados simultáneamente.

Lo que sí hemos verificado que se produce por parte de los pacientes es una idealización de esta capacidad de memoria y de discriminación constante de su analista. Esta idealización va acompañada de lo infrecuente de auténticos cuestionamientos de este problema en medios analíticos, donde surge de manera humorística, encubriendo tal vez una verdadera actitud resistencial a aceptar la limitación del analista en este aspecto. Por supuesto que descontamos la interpretación en el proceso analítico de esta idealización, pero hemos verificado la fuerza de esa convicción a pesar de su interpretación.

Preocupados por estos problemas es que hemos concedido hace largos años una especial importancia a los métodos proyectivos en nuestros seguimientos periódicos, en un plano de igualdad con el estudio comparativo de sesiones de distintos momentos del proceso, siguiendo en este terreno ideas de David Liberman. Y me ha impresionado siempre la extraordinaria coincidencia de las visiones aportadas por ambos métodos, aunque debo destacar que las aportaciones de las técnicas proyectivas me permitieron u obligaron muchas veces a profundizar y pesquisar más profundamente en el análisis comparativo de sesiones. Esto me ha hecho pensar qué enriquecedor podría resultar para el psicólogo clínico el acceso

comparativo a vuestros estudios de seguimiento, al material concreto de sesiones de distintas épocas, de un mismo paciente. La licenciada Beatriz Berón de Astrada realizó una tarea de este tipo comparando nueve Rorschachs sucesivos de un caso borderline con material clínico contemporáneo de cada uno, en un trabajo titulado "Estudio evolutivo mediante el Rorschach de una estructura fronteriza curada" (Berón de Astrada y Paz, 1976). La visión obtenida resultó de gran riqueza para comprender la estructuración psicopatológica del sujeto como también para ampliar la comprensión de su proceso analítico.

Pero también debo transmitir, por ser fiel a la verdad, la decepcionante experiencia de ver como un procedimiento de extremada fineza y fiabilidad, el estudio y seguimiento con técnicas proyectivas puede tomarse para un psicoanalista impracticable de manera habitual, por las resistencias surgidas en los propios pacientes ante lo inhabitual del procedimiento en nuestro entorno, y a la crítica adversa de la inmensa mayoría del mundo psicoanalítico. Es evidente para mí el carácter resistencial que asume esta actitud en los pacientes ante el temor a verse a sí mismos de una manera susceptible de comparaciones, este examinar retratos sucesivos, parece provocar intensísimas movilizaciones, favorecidas y apoyadas por una conducta opositora que cree ver en estos estudios un menoscabo o perturbación del vínculo analítico, al introducir un tercero. Pero igual cosa sucede al introducir un tercero en las supervisiones, a pesar de que tal cosa sea ignorada por el paciente. En lo que hace a la oposición de la mayoría de psicoanalistas a la práctica de estudios sistemáticos de seguimiento, que contribuirían a permitirnos saber con mayor precisión qué estructuras se movilizan durante el análisis y cuáles son sus límites, a pesar de comprender muchos de los argumentos aportados, la experiencia opuesta, donde el seguimiento no ha alterado el proceso analítico me lleva a las siguientes reflexiones. No nos preocupa acaso el grado de evolución que conseguimos en nuestros pacientes y el conocer cuánto mejoran?, asimismo los frecuentes impases en muchos análisis o las interrupciones de tratamientos, junto a los análisis interminables, o la persistencia de síntomas puntuales en medio de notables cambios, no constituyen una serie de interrogantes, que admitiendo la ayuda de otras técnicas podríamos dilucidar algo más? Pero la realidad es otra, y con toda franqueza muy difícil de modificar. Y estas posturas se mantienen a pesar de la existencia de múltiples problemas que parecerían requerir la profundización en ellos de manera inexcusable. Me han parecido muy apropiados para enfatizar esta problemática, los conceptos de Adam Limentani, ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional al ocuparse del tema "Analizabilidad" (1972). Destaca este autor el alto número de pacientes no analizables derivados por psicoanalistas ingleses a la Clínica Psicoanalítica de Londres; nos sorprende aún más al decirnos que, aún los analistas experimen-

tados, fallan al evaluar las capacidades de comunicación y de desprendimiento de las gratificaciones condicionadas por fijaciones infantiles, como fallan también en la evaluación de los mecanismos paranoides. Señala aismismo que en los Estados Unidos se observa que un 25% de estudiantes de psicoanálisis abandona la formación a pesar de la selección previa. En Inglaterra nos dice que un 15% abandonó la formación, pero por lo menos otro 25% presentó "marcadas dificultades para el análisis de ciertas áreas del carácter y la personalidad durante la formación analítica". Esto nos da un 40% de problemas graves en los candidatos seleccionados para la formación analítica, con las entrevistas habituales, lo que sin duda sorprende y mueve a la reflexión sobre posibles limitaciones de las técnicas utilizadas habitualmente.

Espero haber despertado en esta breve revisión las suficientes inquietudes acerca de la importancia y las posibilidades de los estudios de diagnóstico, analizabilidad y seguimiento mediante la incorporación de las técnicas proyectivas, en los pacientes sujetos a tratamientos psicoanalíticos. Y todo esto, a pesar de haber estado obligado a mostrar en toda su decepcionante realidad, la poca disposición de mis colegas a incluir estas pruebas en su práctica clínica. Y esta actitud limitativa se mantiene aunque existan tantos interrogantes y cuestionamientos en todos los aspectos de evolución y de resultados alcanzados por el psicoanálisis. Y asimismo se duda de la fiabilidad de los métodos utilizados habitualmente para determinar esos puntos, inclusive cuando se intenta la selección de los sujetos más aptos para ser psicoanalistas.

Y justamente esta falta de disposición a una colaboración integrada y amplia, deja al psicólogo clínico en una situación de carencia de experiencias y sobre todo de validación de sus aportes específicos, queda pues en una verdadera orfandad de colaboraciones necesarias y provechosas para todos.

Tercer momento de estas reflexiones, sugerencias e interrogantes.

a) Aspectos diagnósticos: Aceptamos como hecho indiscutible la modificación de las estructuras psicopatológicas clásicas, tomando como tales a las descritas y estudiadas por S. Freud y el surgimiento de nuevas estructuras diagnósticas: estructuras psicósomáticas, estructuras borderline o personalidades narcisistas. Junto a esto encontramos la insistencia de determinadas escuelas psicoanalíticas en sostener la subsistencia y frecuencia de las neurosis clásicas: histerias y neurosis obsesivas. Y yo plantearía ¿cuál es la situación actual de los métodos proyectivos frente a esta compleja problemática diagnóstica? ¿Serían de utilidad en este campo las codificaciones actualizadas del tipo del DSM-III, o investigaciones específicas en perspectiva universal y transcultural del tipo de la realizada por la Organización Mundial de la Salud sobre las "Esquizofrenias"? ¿Qué

aportes podrían hacer las técnicas proyectivas al afianzamiento y evolución de los criterios diagnósticos, o son por el contrario enteramente dependientes de la psiquiatría o el psicoanálisis en este terreno? ¿Sería tal vez encarable una investigación en el seno de esta Sociedad para determinar las realidades actuales en el campo de las histerias y las neurosis obsesivas? Personalmente considero factibles y necesarias investigaciones de este tipo.

b) Jerarquizar la importancia de estas técnicas en la determinación de la analizabilidad.

c) Generalizar los estudios de seguimiento de procesos terapéuticos, o de evoluciones espontáneas sin tratamiento.

d) Determinar la necesidad de que el psicólogo clínico que trabaje en este campo conozca suficientemente las distintas técnicas vigentes hoy en psicoterapia: psicoanálisis individual, psicoterapias psicoanalíticas, psicoterapias breves o focalizadas, psicoterapias de familia y de pareja, psicoterapias de grupo, psicodrama, etc.

Termino aquí esta introducción, con la esperanza de haber transmitido puntos de partida para la discusión y clarificación de estos temas.

BIBLIOGRAFIA

BAUDUIN, A. (1986). Du Préconscient. 46 Congrès de Psychoanalystes de Langue Française.

BERONDE ASTRADA, B. y LEHMANN, G. W. (1976). Estudio evolutivo mediante el Rorschach de una estructura fronteriza curada. En C. A. Paz, M. L. Pelento y T. Olmos (eds.) *Estructuras y/o estados fronterizos, III*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LIMENTANI, A. (1972). The assessment of analyzability: a major hazard in selection for psychoanalysis. *International Journal Psycho-Analysis*, 53, 351.

PAZ, C. A. (1971). *Anaad-alcances y límites del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

PAZ, C. A. y colab. (1980). *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia: Nau Llibres.

Resúmenes de tesis doctorales

El test de Rorschach en adolescentes con problemas de adaptación.

Francesc Rovira.

La presente tesis se basa en una muestra de 86 chicas, entre 13 y 16 años, pertenecientes a una clase socio-económica baja. El grupo experimental lo componen 43 chicas internadas en un Centro de Observación de la Generalitat por haber cometido determinados delitos. El grupo control está compuesto por otras tantas chicas, estudiantes en tres colegios del extraradio barcelonés.

Entre la multiplicidad de nombres con que se asigna a estas adolescentes con problemas de adaptación, hemos escogido para nuestro trabajo el de "*Infrasociales no agresivos*" (DSM III), ya que se corresponde muy bien con el tipo de conductas de nuestro grupo experimental.

El *objetivo* de la tesis consiste en perfilar lo mejor posible la estructura interna del infrasocial en orden a la prevención y tratamiento más adecuado.

La *hipótesis* se concreta así: El grupo experimental presenta una serie de características comunes, significativamente distintas de las del grupo control, explicativas de su infrasocialidad.

La tesis se divide en tres partes: *En la primera*, se presenta la conceptualización teórica básica para comprender mejor los hallazgos empíricos. La infrasocialidad aparece como una inmadurez evolutiva en el proceso socializador. Proceso que se configura a través de vínculos afectivos sucesivos y complementarios: Familia, escuela, grupo de amigos.

En la segunda, se estudia el Test de Rorschach, cuyas variables determinan con precisión la estructura interna de la persona.

En la tercera, se ofrecen el análisis y la interpretación de los resultados. En síntesis, aparecen dos tipos de variables: unas homogéneas y otras divergentes.

Las variables *homogéneas* en ambos grupos presentan un perfil bastante definido de la muestra como clase socio-económica baja. Esas son sus principales características:

Falta de espontaneidad y expresividad emocional.

No enterarse de una gran cantidad de estímulos.

Falta de resonancia a vivencias internas.

Repliegue afectivo. Aislamiento.

Falta de desarrollo de la necesidad de cercanía y contacto.

Autoestima baja.

Tendencia a la pasividad.

Las variables *divergentes* discriminan significativamente a ambos grupos y se concretan básicamente en las áreas de la percepción y del pensamiento:

El grupo experimental respecto del grupo de control:

Percibe mal, distorsiona seriamente la realidad.

Menos capacidad de análisis, síntesis, organización, relación, planificación.

Menor disposición a la demora y a la reflexión (pensar antes de actuar).

Nivel de aspiraciones excesivamente alto.

Menor interés por lo humano.

Menor esfuerzo, productividad y amplitud de intereses.

En resumen, todas esas variables que se orientan preferentemente hacia el *área cognitiva* y que las jóvenes del grupo control poseen en grado suficiente, pueden haberles servido de *protección* contra la vulnerabilidad de otros factores negativos, también presentes en este grupo e impedir así que cayeran en la *infrasocialidad*. Cosa que no ha ocurrido en el grupo experimental, más *desprotegidas* a nivel cognitivo y, por ello, más vulnerables.

Dos son, creemos, las *aportaciones* más importantes de la presente investigación:

La *primera* se relaciona con la interpretación conjunta e interrelacionada de variables. Hemos llevado a cabo un análisis cualitativo de las mismas en el que cada una de ellas sólo ha adquirido su justo valor en relación con las demás.

La *segunda* se refiere a la clarificación de lo verdaderamente distintivo de la *infrasocialidad* de estas jóvenes: la *inmadurez cognitiva*. Lo cual concuerda con los hallazgos de otros autores: Flavell (1974), Selman (1980), Enright (1980) y sobre todo, R. Ros (1986).

Al final de la tesis, de acuerdo con los resultados obtenidos, sugerimos brevemente algunos puntos en orden a la *prevención y/o reintegración* de las jóvenes *infrasociales*.

Estudio sobre el autoconcepto en parapléjicos varones adultos

Pilar Ortiz

El interés científico por las consecuencias psicológicas de la parapleja se ha ido acrecentando en los últimos años. Entre las publicaciones destacan por su número las referidas al autoconcepto. Se destaca su importancia en el proceso de adaptación y rehabilitación psicológica. La mayoría de los autores consideran -tanto desde un punto de vista teórico como empírico- que la lesión medular traumática es una amenaza para el autoconcepto.

Los estudios empíricos realizados adolecen de una imperfecta construcción de los diseños y, en muchos casos, de muestras insuficientemente definidas. De ahí que los resultados aparezcan contradictorios y las conclusiones sean difícilmente generalizables.

En esta Tesis Doctoral hemos intentado profundizar en el estudio del autoconcepto en los parapléjicos. Consta de dos partes fundamentales:

- revisión de la bibliografía existente sobre la parapleja, el autoconcepto y las técnicas empleadas en la investigación.

- estudio del autoconcepto en los parapléjicos a través de dos técnicas de evaluación de características diferentes: la Tennessee Self Concept Scale y el Test de Rorschach.

La *revisión teórica* se desglosa en cuatro capítulos.

El primero se centra en las implicaciones psicológicas subsiguientes a la lesión medular traumática. (Se dedica un amplio apartado a los problemas físicos; sin su conocimiento difícilmente pueden entenderse las perturbaciones psicológicas). En el segundo capítulo se aborda el estudio del autoconcepto: se revisan las principales teorías y las cuestiones que más controversia han generado; se analizan los problemas metodológicos implicados en su medición. En el tercer capítulo se estudian las relaciones entre autoconcepto y parapleja. Se exponen los estudios empíricos realizados hasta el momento sobre el autoconcepto en la parapleja. El capítulo cuarto estudia las técnicas de medida utilizadas en el estudio empírico: la Tennessee Self Concept Scale (TSCS) y el Test de Rorschach. Se lleva a cabo una amplia exposición de los estudios sobre fiabilidad y validez con ambas técnicas y sobre los avances realizados en la investigación actual.

El *estudio empírico* se realiza en el capítulo quinto. Se expone el método y procedimiento llevado a cabo en la investigación: hipótesis planteadas, análisis de datos y resultados obtenidos.

Sujetos

La investigación se ha realizado con un grupo de 50 parapléjicos (P) 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 (NP) semejantes en edad y nivel cultural al grupo de parapléjicos. En ambos casos se excluyeron aquellos sujetos que presentaban trastornos emocionales importantes.

El grupo de parapléjicos está subdividido según el tiempo transcurrido a partir de la lesión: hemos llamado Parapléjicos Nuevos (PNUE) a los que llevan de 3 meses a un año y Parapléjicos Antiguos (PAN) a los que llevan de 2 a 10 años.

Se han comparado los grupos de P-NP, PAN-NP, PNUE-NP y PAN-PNUE.

Instrumentos

Tennessee Self Concept Scale (TSCS, Fitts, 1965) y el Test de Rorschach.

En el Test de Rorschach hemos estudiado exclusivamente las variables del Cluster de Autopercepción propuesto por Exner (1986, 1988, 1990). El conjunto de variables que componen dicho Cluster nos permiten valorar el autoconcepto, pero sin ofrecernos una única puntuación del mismo. Precisamente por ello, Exner (1990) ha identificado 8 variables cuya conjunción permite obtener una única puntuación de autoconcepto. Esta 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 y rF en función de determinadas condiciones.

Hipótesis

Nuestras hipótesis principales son las siguientes: esperamos que el grupo de P presente un autoconcepto más bajo que el grupo de NP; que el autoconcepto de los PAN se asemeje más al de los NP que el de los PNUE; que los PNUE tengan más disminuido su autoconcepto que los PAN.

Resultados

Cuando medimos el autoconcepto con la TSCS no aparecen diferencias significativas entre ningún grupo, excepto en algunas variables secundarias. Sin embargo, la variable "Self" del Rorschach sí ofrece diferencias significativas: P-NP (N.S.= .005), PAN-NP (N.S.= .05) y PNUE-NP (N.S.= .009). No aparecen diferencias entre PAN-PNUE.

Las variables del Cluster de Autopercepción que diferencian al grupo P-NP nos indican que los P están muy preocupados por su propio cuerpo vivido como vulnerable, experimentan dificultades en las relaciones interpersonales, presentan mayor aislamiento e introspección.

Cuando comparamos PAN-NP, aunque los PAN presentan un autoconcepto más negativo que los NP, hay menos variables significativas del Cluster de Autopercepción, con el paso del tiempo se va reconstruyendo el autoconcepto, aunque permanece una preocupación por el cuerpo y poca capacidad para enfrentarse a las situaciones de una forma activa. Los PNUE, además de lo señalado para los PAN, tienen mayor tendencia a la introspección que los NP y más dificultades para las relaciones interpersonales.

Nuestra hipótesis de diferencias entre PAN-PNUE no se ha confirmado.

Conclusiones

Somos conscientes de las limitaciones que posee este trabajo. Las características que poseen los sujetos estudiados -sólo varones, grupo de edad, tipo de lesión- limitan las posibilidades de generalización de los resultados. Al seleccionar el grupo de parapléjicos hemos intentado que se diera el mayor rigor en cuanto a su homogeneidad, puesto que uno de los problemas que nos hemos encontrado con más frecuencia en la revisión de la literatura es que no se especifican suficientemente las características de los grupos con los que se han llevado a cabo los estudios.

En todo caso, consideramos que se pueden extraer las siguientes conclusiones generales:

- El hecho de que no aparezcan diferencias significativas del autoconcepto entre P y NP cuando lo medimos a través de la TSCS lo podemos interpretar en el sentido de que la TSCS no discrimina suficientemente el autoconcepto, al menos cuando se evalúa a un grupo de parapléjicos. Pensamos que el mero hecho de preguntar directamente a los parapléjicos acerca de la percepción de sí mismos hace surgir mecanismos de defensa importantes que dificultan la obtención de datos y, consecuentemente, el resultado de la prueba.

- Nos parece que el Test de Rorschach puede convertirse en una buena aportación al estudio del autoconcepto. Las recientes investigaciones de Exner en las que se han configurado los "Clusters" para la interpretación del Rorschach constituyen un futuro prometedor. Este estudio, primero que conocemos que haya evaluado el autoconcepto de los parapléjicos a través del sistema propuesto por Exner, pensamos que ofrece resultados alentadores.

- Podemos concluir, a través de los resultados que hemos obtenido con una prueba de autoinforme (TSCS) y otra proyectiva (Test de Rorschach), que cuando se utiliza una técnica proyectiva cuya finalidad es desconocida por el sujeto, se disminuyen los mecanismos defensivos y puede aparecer de forma más adecuada el autoconcepto. Pensamos que la omisión de variables de autoconcepto inconsciente podría ser una de las razones por las que se ha limitado el éxito en la predicción de conductas importantes.

Cartas al Editor

Hemos recibido una carta del C.S.I.C. pidiéndonos que demos difusión a la inclusión de nuestra Revista en la Base de Datos ISOC. Esta B.D. ofrece información sobre los artículos publicados en más de 1000 revistas especializadas en los diferentes campos del conocimiento que pertenecen a las Humanidades o a las Ciencias Sociales, y cuenta ya con cerca de 200.000 registros.

La B.D. ISOC es accesible desde cualquier PC o terminal de ordenador por la red telefónica conmutada o por líneas especializadas para la transmisión de datos (X-25); se distribuye también en CD-ROM y en forma de repertorios bibliográficos impresos.

Revista de revistas

En el segundo volumen (Diciembre 1991) de la Revista inglesa, se presentan cuatro trabajos que se refieren a: las respuestas de movimiento de separación o unión junto a la expresión de sentimientos en el Rorschach, trabajo en el que A. y G. Spiegelman diferencian niños suecos de padres divorciados de un grupo control. Los resultados indican qué parte de la realidad externa de la disolución de la familia es internalizada por estos niños. C.E. Mattlar y colaboradores estudian un grupo de sujetos que duermen mal y los comparan con sujetos de buen dormir. Aunque las diferencias no fueron significativas, el grupo que duerme mal mostró sujetos caracterizados por una tendencia a ser demasiado ambiciosos, tomando en consideración tanto la percepción de la realidad como sus recursos, por fracasos en la modulación de experiencias afectivas y por operaciones de toma de decisiones impulsivas. Sus recursos en el manejo de experiencias de demanda fracasaban; tendían a simplificar la percepción del entorno y a ser cognitivamente estrechos. Además se mostraron dependientes, depresivos e incapaces de crear relaciones humanas y sociales funcionantes.

L. Pasarin, A.M. Tuset, G. Bedoya, T. Ferret, M.A. Ibañez y N. Juanet se ocupan de las características de personalidad de pacientes que sufren síncope evaluados con el TRO y suponen características similares a pacientes psicósomáticos. A través del estudio de su convencionalidad y adaptación a las normas, el control de impulsos, el pensamiento concreto, los recursos del yo, la capacidad para elaborar situaciones de duelo y la posibilidad para reparar y los vínculos e interacciones, llegan a la conclusión que a estos pacientes les es muy difícil expresar sus sentimientos verbalmente. Tienen dificultad para conectar emocionalmente y comprometerse en relaciones interpersonales. Muestran una pobre capacidad para el pensamiento simbólico y se centran en el presente, más seguro. Los recursos del yo parecen pobres e insuficientes para manejar la angustia. Las autoras piensan que utilizan la negación no como defensa para negar lo inconsciente, sino como anulación del pensar, de naturaleza más esquizoide.

Finalmente, la empatía, la autoestima y otros factores de personalidad de jóvenes bailarinas y bailarines de ballet, son estudiados por M. Kalliopuska.

En los tres volúmenes del *Journal of Personality Assessment* publicados hasta ahora (1992) sólo dos de los veinte artículos que aparecen en el primero se refieren al Rorschach y son interesantes: "Un estudio Rorschach del apego y la ansiedad en adolescentes internos con desórdenes de la conducta y distimia" de C. A. Weber, J. R. Meloy y C. B. Gacono (Los dos últimos autores son nuevos líderes en el horizonte del Rorschach dinámico "pero" trabajando con el Sistema Comprensivo). En base a las variables

T, Y y H pura pudieron diferenciar los dos grupos en el sentido -esperable- de que los adolescentes con desórdenes de conducta (DSM-III) daban menos T y H pura que los distímicos, que dieron más Y. El otro trabajo es de S. Tuber: "Evaluación empírica y clínica de las relaciones y representaciones objetales en niños", en base a la aplicación de la Escala MOA—Mutualidad de Autonomía— de J. Urist en el Rorschach. (Esta Escala ha sido traducida por V. Campo y aplicada, con éxito, en el trabajo, junto con N. Vilar "Acerca de los contenidos, defensas y relaciones objetales borderline", Revista de la S.E.R.Y.M.P. No. 3, 1990).

En el segundo volumen aparecen varios artículos (4) sobre el problema y manejo del número de R en investigaciones con el Rorschach y uno muy complejo de K. J. Zucker y colaboradores acerca de "Las respuestas tipificadas según sexo en los protocolos de Rorschach de niños con desórdenes de identidad".

Mientras que en el tercer volumen aparecen ocho trabajos interesantísimos, desde el de L. Bellak: "Técnicas Proyectivas en la edad del ordenador", hasta el de L. S. Jaffe: "El impacto de la teoría en (el empleo de) los tests psicológicos: Cómo la teoría psicoanalítica hace que el trabajo diagnóstico con tests resulte más agradable y gratificante". (Frente a un volumen así uno piensa: ya vale la pena suscribir a esta revista, pero ojalá esa riqueza ocurriera más a menudo!; a decir verdad, en general ello sucede pocas veces...).

Esta joya de volumen, el tercero, continúa con un trabajo de M. W. Acklin: "Psicodiagnóstico de la estructura de la personalidad: la organización psicótica de la personalidad", en el cual resume las siguientes características para el Rorschach: "carga de los fenómenos especiales, especialmente de Nivel 2; incremento de la Suma ponderada 6 y el SCZI en 4, 5 ó 6; trastornos y rarezas de sintaxis y representación indicativas de trastornos del pensamiento; deterioro del nivel formal; trastornos en los rasgos estructurales de perceptos, especialmente de los humanos; fracaso de las operaciones defensivas y utilización de defensas primitivas; expresión de material del proceso primario crudo e impulsivo, y temas de aridez, vacío e interacción malévolas. Se podrían esperar representaciones internalizadas del self y otros fragmentadas, caóticas o fusionadas." (p. 460)

Por primera vez en muchos años, hay tres artículos sobre casos clínicos interesantes, de los cuales se extraen las siguientes citas, en línea con el trabajo precedente: "El neurótico tiene ideas perturbadoras y se halla conflictuado acerca del sí mismo, de otros y la realidad; el borderline tiene ideas ausentes u horribles y mezcla demasiado fluidamente el self, los otros y la realidad; el psicótico tiene ideas bizarras y a menudo desconoce la diferencia entre el self, otros y la realidad. En otras palabras, el nivel del pensar es virtualmente sinónimo con el nivel en que la personalidad se halla organizada y se manifiesta la psicopatología." (p. 465). "Las defensas

borderline evitan el conflicto: las defensas psicóticas evitan la desintegración.”
(p 489)

Me ha parecido importante incluir el siguiente comentario de J. F. Murray, citado de su trabajo: “Hacia un enfoque sintético del Rorschach: el caso de una niña psicótica”, dada la claridad de su pensamiento y la coincidencia con el espíritu que guía la enseñanza del Rorschach en la Escuela de Barcelona:

“En forma creciente la enseñanza de y la investigación con el Rorschach, se ha agrupado en dos campos: el psicoanalítico y el empírico. Cada lado tiende a juntar argumentos y/o investigaciones para dar soporte a su enfoque, medidas, razones y escalas. Con frecuencia estas presentaciones no reconocen la existencia de los intentos del otro campo para aplicarse a cuestiones o preocupaciones diagnósticas similares. A menudo uno se queda con una sensación creciente de aislamiento o dicotomización fundamental entre esos dos campos... Empleando un sofisticado proceso de análisis y síntesis de herramientas y perspectivas Rorschach -escalas y conocimiento de varios sistemas de codificación- (sin hacer caso a los dos campos) permite al clínico comprender mejor y ayudar al paciente en evaluación.” (pp. 494-495).

“La mejor manera de comprender a pacientes es a través del uso del sistema Exner como aproximación inicial y luego empleando otros sistemas o perspectivas cuando uno se topa con cuestiones específicas o debilidades en el sistema Exner... [que] ofrece un análisis sólido y empíricamente fundado del funcionamiento cognitivo-perceptual, estado afectivo general incluyendo el control afectivo y la capacidad para integrar cognición y afecto, como así también un análisis básico, aunque limitado, de percepciones y funciones interpersonales. El sistema Exner es débil en las áreas del análisis de tendencias instintivas y de un análisis más sofisticado de la integración de esas tendencias con la experiencia afectiva en el contexto de la interacción interpersonal. Su basamento en datos empíricos, razones, e índices puede resultar en una aproximación al Rorschach a ciegas o de receta de cocina, en la que el clínico falla en la comprensión de los matices de un paciente específico o atípico, y de la naturaleza del significado de elementos específicos dentro del proceso Rorschach. Aunque estas son debilidades inherentes (y tal vez inevitables) a un enfoque empírico, el no ser sensitivo a estas posibilidades y no intentar compensarlas *no es culpa del sistema Exner per se, pero más bien el resultado de una falta de formación o sofisticación por parte del clínico* [el subrayado es mío]. Un número de otros enfoques psicoanalíticamente orientados se hallan mucho más armonizados con estas áreas y potencialmente pueden compen-

sar. Sin embargo, en general, estos enfoques carecen de una base empírica fuerte y, debido a su tendencia a centrarse en el reino de lo interpersonal, a menudo no proveen un análisis concienzudo de los rasgos básicos de la personalidad. Adicionalmente, estos enfoques más basados en lo conceptual permiten un significativo dar forma a (y potencialmente distorsionar) la interpretación, como resultado del sesgo teórico particular del clínico o de dificultades contratransferenciales. En estos casos, un sistema empíricamente basado ofrece un impedimento potencial a estas influencias más idiosincráticas. Una integración flexible y sintética de estos dos enfoques permite compensar las debilidades de uno con las fortalezas del otro. Sin embargo, este enfoque sintético requiere un conocimiento bastante cabal de las fortalezas y debilidades de una variedad de aproximaciones al Rorschach. Sin este conocimiento uno se halla en peligro de urdir un enfoque fortuito tipo 'saco para todo'." (pp. 500-501).

De los restantes artículos cabe mencionar la muy compleja y fascinante re-evaluación de J. R. Meloy del Rorschach de Sirhan Sirhan (asesino de Robert F. Kennedy en 1968) con el Sistema Comprensivo y la interpretación de defensas, relaciones objetales primitivas, la escala MOA, y las puntuaciones de agresión (Meloy & Gacono, en prensa). Los datos resultantes fueron comparados con el diagnóstico inicial -bien distinto- y los eventos de la niñez y adolescencia del sujeto junto a su conducta en la época del asesinato. Como estudio diagnóstico de caso este trabajo impresiona como ejemplar.

Por último mencionar el interesante trabajo de A. Marsh y D. J. Viglione: "Un estudio de validación conceptual de la respuesta de textura en el Rorschach", también con el Sistema Comprensivo de 80 mujeres entre 18 y 30 años (sabiendo que las mujeres dan más T, Exner 1990). Desde un punto de vista evolutivo los autores consideran la textura como la gradual internalización del confort táctil recibido de la madre o sustituto y la vinculan asimismo al uso de objetos transicionales. Así, en el Rorschach, "T significa que estas imágenes táctiles están disponibles... son utilizadas para organizar los estímulos visuales (o sea, la mancha)" (p. 573). La ausencia de T es comprendida como "interferida más que ausente (Exner, 1974) en base a las normas de 1990 para pacientes psiquiátricos quienes carecen de T en un alto porcentaje" (p. 573). "Alternativamente, el conflicto, la decepción, o la depresión pueden estar asociadas con imágenes táctiles de apaciguamiento, de modo que estas imágenes no son fácilmente aceptadas en la consciencia. *Por lo tanto, T no es percibida en el test* [el subrayado es mío]". Los resultados confirman la noción de que T se relaciona tanto con la confianza cognitiva como conductual en apuntes o indicios táctiles. Asimismo apoyan a T como relacionada a un modo táctil de procesar la información.

Extractos

(Sección nueva en la cual el Editor colecciona "Dd's")

Interpretaciones posibles:

Con referencia a la Lámina IV: "Pie Grande parado sobre y visto desde debajo de 'hielo cristalino'... La fusión de movimiento animal, forma-textura y forma-dimensión -FM.FT.FD- sugiere una consciencia dolorosa del aislamiento de y necesidades de dependencia no gratificadas posiblemente de un padre lábil, explosivo y distante." ("Pie Grande").

Lámina VI: "Una medusa comiendo un insecto'... El contenido de alimento en una Lámina receptiva a representaciones sexuales pudiera argumentar que el sexo podría ser mal utilizado y al servicio de necesidades de dependencia no gratificadas."

Ideas:

"FD es de la familia de las M".

En la psicopatía, "el narcisismo patológico es la característica esperada, junto a las respuestas sexuales y la ausencia de la idealización".

"La respuesta que se deteriora en el Interrogatorio, señala un paciente con potencial regresivo."

"¿Cuáles son las condiciones en las que el pensar del proceso primario puede ser de naturaleza adaptativa? Ellas son: (a) cuando el material ocurre en el contexto de un buen nivel formal; y (b) cuando lo primitivo de la tendencia o del material estructural se halla de alguna manera contenido, mitigado, o hecho más aceptable a través de la referencia a un contexto social apropiado." (O sea, cosas vistas en la TV o en los juegos de ordenador).

"Uno de los rasgos que diferencian un Rorschach con un SCZI de 4 ó 5 del de niños con trastornos del aprendizaje y de la atención... es la naturaleza compulsiva y egosintónica de la violación de los límites. Se tiene la sensación que el deterioro de los límites no ocurre solamente en un nivel de procesamiento cognitivo, pero que existe un deseo compulsivo de fusionar con objetos maternos, de modos libidinales muy primitivos y llenos de agresión... Por el contrario, la violación de los límites de niños con trastornos del aprendizaje tienden a tener un deterioro mucho más cognitivo y de procesamiento."

Notas y Noticias

Seguramente la noticia más importante gira alrededor de la realización del XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos en Lisboa del 19 al 22 de Julio de 1993, cuya primera circular ya ha sido emitida. Para cualquier información dirigirse a: Victor Moita, Comisión Organizadora, Apartado 1454, 1013 Lisboa Codex, Portugal.

La Sociedad Francesa se reunió en Junio, en Paris, con el tema: MAPS (Make a Picture Story Test de E. Schneiderman) y Psicodiagnóstico de Rorschach; y en Noviembre, en Rennes: Psicopatología Criminal y Metodología Proyectiva.

La Sociedad Británica, en su conferencia de verano, escuchó dos trabajos: uno de V. Hood sobre el uso del TRO en la selección de personal (utilizando sólo 5 Láminas: A1, AG, CG y BG) y otro de V. Campo acerca de Los dos polos de C': Depresión y Persecución. En esta oportunidad la autora observó de nuevo que los colegas ingleses, aparte de no conocer bien el Sistema Comprensivo, se hallan algo alejados del Rorschach. Sin embargo, sus observaciones desde el campo terapéutico y/o psicoanalítico siempre resultan interesantes.

Algunos de los trabajos presentados en las reuniones bianuales de la Society for Personality Assessment serán comentados en la sección Revista de Revistas. Estas reuniones cada vez son más concurridas y nuestros colegas americanos ya piensan en extenderlas a más días.

En el otro extremo del globo cabe señalar la evolución y crecimiento de la Asociación Argentina de Estudios e Investigación en Psicodiagnóstico, ADEIP, que de boletines informativos en 1988 ya pasa a tener una revista, PSICODIAGNOSTICAR, desde 1991 (Año 1, No.1), bajo la dirección de Elizabeth Sorribas. Interesados dirigirse a: Laprida 874, 8.º B, 2000 Rosario, Sta. Fé, Argentina.

En nuestra Sociedad, el acontecimiento más relevante ha sido el XXII Congreso Nacional realizado en Salamanca el pasado Noviembre, cuyos trabajos todavía están pendientes de una publicación independiente. El "Maestro Exner" dió uno de sus workshops en Madrid donde presentó algunos resultados sobre la nueva baremación americana en función de los tipos vivenciales. Otro "Maestro" I. Weiner, visitará Madrid (Universidad Complutense) y Barcelona. Los interesados en asistir al workshop de Barcelona los días 16 y 17 de Enero de 1993, pueden ponerse en contacto con la secretaría de la Sociedad Catalana.

La Sociedad Catalana ha trabajado en la elaboración de unos nuevos estatutos que suponen una apertura mayor a los interesados en las Técnicas Proyectivas.

Revista de Libros

El Rorschach, instrumento de diagnóstico y pronóstico en la diferenciación de la esquizofrenia. María Vives Gomila (1989). Barcelona: PPU.

Aparte de constituir un libro riguroso y guía básica para conocer y comprender la esquizofrenia y el Rorschach, una de sus aportaciones más originales reside en la descripción de las "DV" graves o patognomónicas (se trata en realidad de frases desviadas o sea, en la actualidad del Sistema Comprehensivo, de DR's de Nivel 2). Sus características más importantes consisten en que "traducen... un trastorno de las asociaciones verbales, con pérdida de las mismas, que el sujeto transmite sin finalidad lógica alguna, hecho que generalmente produce en el entrevistador sorpresa o extrañeza. Estas verbalizaciones... constituyen... un índice diagnóstico, tanto de la disociación de ideas y sentimientos como de la tendencia a insertar en lo real una parte imaginada que ha conducido al sujeto a separarse de la realidad. Los ejemplos recogidos en la casuística... reflejan las dos perturbaciones básicas de los esquizofrénicos, la disociación y el autismo... No puedo asegurar que este tipo de verbalización desviada se dé en todos los sujetos considerados psicóticos, aunque sí he constatado su aparición en la totalidad de esquizofrénicos de exacerbación aguda y la mayoría de crónicos." (p. 79).

Asimismo es de señalar una de las conclusiones centrales de la obra: "Pero, lo más importante, es que el test de Psicodiagnóstico de Rorschach no precisa de un período de tres meses o de dos años, como necesita el RDC, para diagnosticar la esquizofrenia, sea de exacerbación aguda o crónica." (p. 231).

Además, este libro resulta una valiosa fuente de datos de autores Rorschach que se han ocupado del tema, sobre los mecanismos de defensa, y la personalidad borderline, con casos clínicos bien elegidos.

Comentado por V.Campo

Lectura del Psicodiagnóstico. Helena L. de Jubany (1992), Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

En este interesante y rico libro la autora se propone aclarar e ilustrar el cómo de la construcción de una conclusión psicodiagnóstica "en un interespacio entre la metodología científica y la teoría psicoanalítica" (p. 11) -basándose en Kernberg y Bergeret- y volviendo a recurrir a las enseñanzas de Rapaport y Schafer, articulando "los desarrollos teóricos actuales de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, estableciendo 'puentes' constituidos por los indicadores a ser considerados en toda batería." (p. 11). "Haciendo psicodiagnóstico nos vinculamos, leemos la letra y el texto de nuestros consultantes... no nos interesa promover juicios en serie ni

psicólogos que arriben a conclusiones rápidas y 'cerradas'... sí en cambio afirmamos grados importantes de objetividad sostenidos en la fuerte convergencia significativa de múltiples indicadores." (p. 12). Estos claros principios son realizados a través de siete densos capítulos en los cuales aborda cómo pensamos nuestra práctica, guiada por el principio de que en las técnicas proyectivas la proyección es concebida como sinónimo de conducta individualmente característica, en relación con el material (las técnicas) y con el examinador. Se detiene en los criterios de salud y enfermedad, en el diagnóstico estructural, en las entrevistas, en la despedida del examinado y en los indicadores y criterios de diferenciación clínica (en los gráficos, el Desiderativo, el WAIS, el Rorschach y el TRO y TAT). En el último capítulo, Necesidad de diferenciar, presenta un caso clínico ilustrativo.

Comentado por V.Campo

El inicio de de la actividad profesional. Ansiedades y dificultades de un psicólogo en prácticas. Silvio Sember (1992), Barcelona: Hogar del Libro.

Este precioso librito, escrito por un ex-alumno de los cursos de Rorschach y otros, de la Escuela de Barcelona, es lectura obligada -aparte de amena y muy instructiva- para los psicólogos recién licenciados interesados en obtener formación en psicoterapia psicoanalítica. Describe las vicisitudes del "practicante" con gran claridad y penetración psicodinámica (línea kleiniana) y la única crítica que se me ocurre formular es que el título de la obra puede resultar engañoso en el sentido que, en mi opinión, tal vez debería haber agregado: ... ansiedades y dificultades de un psicólogo en prácticas *en el camino de convertirse en psicoterapeuta.*

Comentado por V.Campo

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). Indices 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)

REGISTRO DE RORSCHACHISTAS: En consonancia con los fines de la Sociedad de mantener un elevado estándar en el uso de los Métodos Projectivos, se lleva un registro de aquellos miembros que han demostrado su competencia en el uso del Rorschach.

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.

Xoroï

LLIBRERIA

ESPECIALITZADA EN PSICOLOGIA I PSICOANÀLISI

- Importació de llibres
- Comptes de client
- Sala de conferències
- Informació bibliogràfica
- Butlletins de novetats



bus: 16-17-58-64-74
Ferrocarrils Generalitat: Putxet

Berlinès 20 · 08022 Barcelona

418 53 36

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO COMO MIEMBRO DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL RORSCHACH Y METODOS PROYECTIVOS**

APELLIDOS, NOMBRE:	
DOMICILIO:	
D.P. / POBLACION:	
TELÉFONO:	
TITULACION / AÑO:	
ACTIVIDAD PROFESIONAL:	

Cumplimente este impreso y remítalo a:
**Comisión de Admisión de la Sociedad Española del Rorschach y
Métodos Projectivos.**
Pasaje Marimón, 7, principal, 1.ª y 2.ª. 08021 Barcelona

SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ

Cognoms:

Domicili:

D. P. / Població:

Telèfon:

Titulació / Any:

Activitat professional:

Si us plau, ompliu aquest imprès i remeteu-lo a:

**Comissió de Promoció i Relacions Exteriors de la
Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius**

Passatge Marimón, 7, principal, 1.^a i 2.^a (Telèfon 93-209 19 22). 08021 Barcelona

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

■ S · E · R · Y · M · P ■