

1995 - Número 8

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

8

NÚMERO EXTRAORDINARIO

■ S • E • R • Y • M • P ■

Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

(Fundada en 1988)

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

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

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

CORRESPONDENCIA CON EL EDITOR: 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.^o, 4.^o. 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.^o, 4.^o. 08022 Barcelona. Teléfono (93) 212 52 61.

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

Suscripción a la Sociedad:	6.000 ptas.
Suscripción a la Revista: España	1.000 ptas. (salvo números extraordinarios)
Extranjero	12 \$ U. S.
Números atrasados:	1.200 ptas.
Precio de este número:	2.200 ptas.

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

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

Indice

Editorial	5
Trastornos del aprendizaje: aportaciones específicas del Rorschach Ch. Reveillère	7
Trayectorias laborales y síntomas de malestar en buscadores de empleo en paro o desempleados, de 30 a 50 años de edad, analizados con el test de Zulliger A. Uhinki, C-E. Mattlar, C. Forsander y E. Alanen	35
La relación entre el color y el afecto en el test de Rorschach G. Callicó	45
El significado psicológico de las diferentes variables de! Rorschach. Una explicación para quienes se han formado desde el enfoque conductual-cognitivo. El determinante FM J. Fuster	50
TRABAJOS PRESENTADOS AL XIII CONGRESO DE LA S.E.R.Y.M.P.	
Conferencia inaugural del Congreso. Proceso psicossomático y personalidad: consideraciones desde las técnicas proyectivas temáticas A. Avila	60
Imagen corporal y adaptabilidad social en pacientes con neurofibromatosis P. Pérez, J. De Felipe, J. Otero, B. Sanz, C. De la Torre, L. F. Yagüez y J. M. De Campo	79
Estudio de la inhabilidad social de los pacientes epilépticos del lóbulo temporal a través del test de Rorschach J. De Felipe, P. Ortiz y R. García	91

Conferencia. Importancia del diagnóstico de estructura psíquica en la indicación de psicoterapia	106
M. ^a T. Miró	
Estabilidad de los items del TRO en la investigación del seguimiento terapéutico	111
V. Campo y N. Down	
Aproximación a la relación entre variables del Rorschach previo a psicoterapia y la continuidad del tratamiento	120
S. Sember, A. M. ^a Tuset y V. Campo	
Planificación de la terapia psicoanalítica mediante el Test de Rorschach	124
M. Vives	
Análisis de las variables Rorschach en un paciente borderline: estudio longitudinal	135
M. L. Plumed, A. Tamayo y J. M. Arrieta	
El Rorschach en pacientes hospitalizadas con trastorno límite de la personalidad	145
C. Liberal	
Dinámica de la personalidad y figuras parentales en familias desestructuradas: estudio con el test Patanegra	151
J. Bachs y G. Callicó	
Trastornos de conducta histéricos y el test de la figura humana	166
P. Barbosa, E. Busquets, M. Call, X. Corral, C. Fabrega, M. Pérez, N. Roselló y M. Salamero	
Conferencia de clausura del Congreso. Orientaciones para la evaluación de hispanos en los Estados Unidos de Norteamérica utilizando la prueba de Rorschach y el Test de Apercepción Temática	176
R. H. Dana	
Notas y noticias	188
Revista de libros	190
Revista de revistas	191
Extracto	193

Editorial

Este No. 8 es un número más voluminoso en gran parte debido a la inclusión de trabajos del XIII Congreso Nacional. Este número resulta «extraordinario» en varios sentidos: El trabajo que nos costó corregir y adecuar los trabajos de los congresistas a las normas de publicación de nuestra Revista, —a pesar de que todos la reciben y debieran conocer y respetar estas normas—, y el hecho que posiblemente no todos los trabajos estarán perfectos. Esto nos lleva, además a comunicar que en el futuro no aceptaremos comunicaciones que no cumplan con estas normas.

Había pensado reproducir aquí mis comentarios previos al Congreso publicados en el Boletín de la Sociedad Catalana, que organizó el Congreso, y que algunos de nuestros miembros, los pocos que asistieron «desde España» y también desde Cataluña, recibieron durante la Asamblea. Sin embargo tal vez resulte más adecuado un comentario post Congreso.

En general pareciera que los participantes, 79 en total de los cuales 4 fueron invitados, entre ellos el Dr. Richard Dana y su señora, y los conferenciantes Alejandro Avila y M. T. Miró, unos 15 estudiantes y 4 becados —lo que reduce el número de miembros participantes a unos 60 (¡y somos más de 100!...)—, se lo pasaron bien, al menos a mis oídos no llegaron quejas, salvo una general: de que tendríamos —hablo por el Comité Organizador pero a título personal— que haber enviado más información previa al Congreso. Esto es sin duda cierto. Pero hasta el último momento no supimos con cuántos trabajos contábamos debido a la tardanza de muchos ponentes en enviar sus abstracts y trabajos y así fue difícil prever horas de comienzo, duración, en resumen, los horarios exactos del Congreso. Si estas quejas existieron han perdido la oportunidad de ser escuchadas in situ. Pero siempre está disponible la sección Cartas de los Lectores...

Pienso que el Congreso ha sido un éxito por cuanto permitió a los jóvenes presentar trabajos por primera vez, como así también a los más veteranos; hubo tiempo —aunque corto pero siempre un lujo en estos tiempos tan acelerados— para discutirlos, y dio la oportunidad siempre grata de saludar a amigos de otras regiones, intercambiar opiniones, enterarnos de qué hacen, piensan e investigan nuestros colegas y dar ideas para futuros trabajos.

Espero que la nueva Junta Nacional —o Estatal?? (este punto se discutió en la Asamblea)—, tenga a bien organizar el próximo con una filosofía similar, si posible: calidad antes que cantidad y tiempo para la discusión, algo muy refrescante y estimulante en comparación con los congresos internacionales.

Debido al Congreso este número está dedicado mayoritariamente a la publicación de las conferencias y varios de los trabajos allí presentados, y por esto la sección Casos Clínicos no tendrá cabida, pero quiero recordar a nuestros lectores que esa sección se halla abierta a cualquier propuesta interesante para el próximo número.

Y para terminar, me complace extraordinariamente expresar el agradecimiento de la SERYMP a la Universidad Ramón Llull, Facultad de Psicología y Pedagogía Blanquerna y a su decano el Dr. J. Gallifa, por su tan generosa colaboración con nuestro Congreso. Su discurso inaugural, tan espontáneo, sentido y humano, constituyó un inicio perfecto del mismo.

Trastornos del aprendizaje: aportaciones específicas del Rorschach

Ch. Reveillère

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es proceder a una descripción y comparación del funcionamiento psicológico de sujetos con handicaps motores (HM), según un criterio de adaptación social: consultar o no por las dificultades de aprendizaje.

Tiene también como objetivo mostrar en qué medida el Rorschach, administrado según el Sistema Comprehensivo de Exner, ha sido un instrumento fundamental para el estudio de las dificultades de aprendizaje dentro de una perspectiva funcionalista, para la cual se han seleccionado los indicadores siguientes: recursos internos y complejidad (diversidad, matización y flexibilidad de las representaciones), eficacia en el tratamiento de la información, modulación del afecto, imagen de sí mismo, apertura relacional¹. Este test, por otra parte, ya ha sido utilizado para este sujeto de estudio (Campo, 1991).

Hemos tomado la clasificación partiendo del examen de los estudios que tienen por objeto el handicap físico (ver revisión de la literatura en Reveillère, 1994a): órgano-clínica, psicoafectiva y, raramente, cognitivo-afectivas.

Hemos partido del lugar de expresión del síntoma a fin de mantener al sujeto en su red interactiva, garantía de una lectura cognitivo-afectiva de su funcionamiento psicológico. Esta posición nos aparta definitivamente de la clasificación neuromotriz y, en consecuencia, de la tentación de su utilización etiológica. Aquí la clínica recobra toda su importancia, siendo ella sola fuente de información. Esta vuelta a «*la observación clínica estricta y sistemática*» (Beetschart 1992, p. 288), netamente separada de la etiología, es una tendencia subrayada y defendida para el estudio de las dificultades escolares.

Este trabajo de clínica comparada, ha recurrido a criterios cuantitativos y cualitativos. Se ha apoyado en: la medida de la capacidad intelectual (Wechsler), los trastornos instrumentales (gnósico-práxicos: figura de Rey y dossier neuropsicológico); la organización del razonamiento (nivel y homogeneidad: Escala de Pensamiento Lógico de Longeot -EPL- no hablaremos de los resultados en el marco de este trabajo). Solamente

¹ Estas categorías han sido establecidas gracias a la ayuda de la profesora A. Andronikof-Sanglade, a la que queremos mostrar nuestro agradecimiento.

hablaremos de las tendencias de grupo y del estudio de algunos casos individuales (para ampliar ver Reveillere, 1994a y c).

Hemos comparado los sujetos discapacados físicos entre ellos. Es interesante proceder en un doble sentido:

— Lo que los asemeja, además de no dejar que se siga confundiendo adaptación escolar y equilibrio psicológico, precisará cuales son las resonancias psicológicas de la experiencia discapacante. ¿El hecho de ser «buen alumno» se corresponde con «salud mental»?; es lo que verificaremos con el grupo de discapacados físicos que no consultan.

— Lo que los diferencia permitirá conocer mejor las características de funcionamiento que dificultan o favorecen los aprendizajes.

METODOLOGÍA

Criterios de selección de la muestra

La muestra está compuesta por 50 sujetos discapacados físicos² (ver Tabla 1) de edades comprendidas entre 10 y 15 años, con una media de 13,10 (D.T.= 1.9). Algunos de ellos habían sido señalados como sujetos con dificultades escolares; los llamaremos sujetos de consulta (C). Otros no han sido nunca identificados por esta razón, son los de no-consulta (NC). Hemos considerado como NC adolescentes que, durante al menos un año escolar, completo no han sido remitidos al equipo por dificultades escolares. Al finalizar el año escolar, pasaron al grado superior según el único criterio del consejo de clase. Además, a fin de evitar las situaciones en las que los factores de estrés habrían estado demasiado presentes, los sujetos en una situación pre o postoperatoria no forman parte de la muestra. Tampoco se seleccionaron aquellos a los que el handicap les sobrevino en los dos últimos años (en el caso de los sujetos parapléjicos).

Tabla 1.
Distribución según el handicap para el conjunto de la muestra (N=50, 25 C y 25 NC)

Handicaps	Frecuencia
Espina bífida	8 ^a
Lesionado motor cerebral	14
Osteodistrofia	4
Artrogriposis	6
Miopatía	2
Amiotrofia espinal infantil	6
Paraplegia	10
Total	50

^a Dos con hidrocefalia (un NC y un C).

² Los sujetos están sacados de la Fondation Ellen Poidatz, centro de reducción funcional y escolar, 77310 Saint-Fargeau-Ponthierry y del servicio de asistencia a domicilio de Arpajon (91) de la Asociación de los Parálíticos de Francia.

Equiparación entre los grupos que consultan y los que no consultan

Un estudio de los contenidos, funcionamiento del pensamiento siguiendo diferentes tablas neuromotrices, exigía que fueran controlados los factores cuyos efectos, especialmente sobre los contenidos del pensamiento, son conocidos. Esto apunta a anular el efecto de los factores de maduración (edad), de presencia o ausencia de lesiones cerebrales, de handicap de nacimiento o no, de handicap evolutivo o estabilizado. En cuanto a la categoría socio-profesional (C.S.P.) la psicología diferencial ha mostrado también la existencia de relación entre inteligencia y C.S.P. (Reuchlin, 1984). Por último, hemos querido también eliminar eventuales incidencias del origen no francés sobre el aprendizaje, por dificultades de conocimiento de la lengua francesa.

Controlar estos cuatro factores constituía un montaje metodológico de una lentitud considerable. De ahí la ventaja que hemos encontrado en la eliminación de estos cuatro factores. Esto se ha realizado no a partir de una equivalencia de grupos, sino de una equivalencia individual: a cada C se asoció un NC que presentara las mismas características de edad, handicap, C.S.P. y nacionalidad. Otras características se revelaron, a posteriori, igualmente equivalentes entre los dos grupos (test de Mann-Whitney o Chi cuadrado): media de los años de institucionalización (C: $M = 4$ años y $D.T. = 4.7$; NC: $M = 2$ años y $D.T. = 3$; $p = 0.36$); datos de anamnesis según la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (MISES); primera infancia en familia u hospitalaria, experiencias de discontinuidad ($p = 0.32$); lugar de residencia actual en familia o institución ($p = 1$).

Por el contrario, los dos grupos se diferencian en cuanto a años de retraso escolar (NC: $M = 1$ año y $D.T. = 9$ meses; C: $M = 2,6$ y $D.T. = 1$ año; $p = 0.0001$)

Aproximación funcionalista de los trastornos de aprendizaje

Precisiones conceptuales

El enfoque funcionalista utilizado con sujetos con dificultades de aprendizaje, nos ha sido de gran utilidad a fin de extraer indicadores de mal funcionamiento que hemos reutilizado en la exploración de datos con el test de Rorschach.

Por enfoque funcionalista entendemos

«.. captar los sistemas de representación del sujeto en las que se dan la construcción anticipada, la aplicación y la modificación de los planes de acción (...) Dicho de otro modo, nuestro esfuerzo nos lleva a la elaboración de modelos funcionales atribuibles al sujeto en acción, modelos que en el

momento actual tienen el estatuto de 'constructos hipotéticos'» (Inhelder y otros, 1979-1980, p. 645).

Hemos procedido pues a una lectura de autores que han trabajado sobre las dificultades cognitivas, seleccionando únicamente de sus trabajos lo que parece caracterizar el *proceso adaptativo dentro de una perspectiva cognitivo afectiva*. Es decir, que nos apartaremos un poco de la cita de Inhelder, que propone una lectura del proceso del sujeto que entiende a partir de la estructuración piagetiana. Ahora bien, sabemos que tal comprensión deja de lado el análisis de la dimensión psicoafectiva, sin, no obstante, rechazar su existencia. En efecto, si Inhelder habla de viscosidad, es que cree que los factores afectivos y sociales tienen una influencia: «siguiendo la confianza o la desconfianza que le inspiramos al sujeto interrogado, se le hace avanzar o retroceder entre estos dos estados que coexisten en un mismo estado de 'falso equilibrio' por falta de movilidad interior» (obra citada, p. 272), pero que no devienen por ello objeto de estudio: «la discusión del problema sobrepasa el marco de nuestra investigación» (obra citada, p. 273).

Otra categoría de trabajos completa el análisis genovés sobre la deficiencia mental percibida en tanto que fijación, lentitud, fracaso en alcanzar las estructuras operatorias (Inhelder, 1979 y 1980). Se trata de los trabajos de Paour (1988) referidos a una lectura de las especificidades de las modalidades de tratamiento de la información de los sujetos deficientes (ver asimismo Grubar, Ionescu, Magerotte y Salbreux, 1992). Paour recuerda también la importancia de una dimensión funcional de la organización cognitiva.

Paour (1988), entiende por funcional la activación y utilización del nivel de desarrollo de aptitudes cognitivas alcanzado. Un estado de 'subfuncionamiento' se manifiesta bajo el efecto de causas diversas según la siguiente enumeración: «emociones, dependencia social, prejuicios, situaciones nuevas, representación de sí mismo, relación parental, jerárquica, envejecimiento...» (p. 197). Este estado parece pues relativamente activado en casos de fluctuación emocional. Si un «subfuncionamiento se observa a todos los niveles de desarrollo», lo que en cambio caracteriza al sujeto deficiente es la cronicidad de este 'subfuncionamiento' lo que altera la toma de información y el control de su tratamiento.

Este estado se traduce, por ejemplo, por un subfuncionamiento del estado de alerta del sistema perceptivo: «alcance del barrido perceptivo y de los desplazamientos que rigen los comportamientos exploratorios» (Paour, 1991, p. 48), en el Rorschach se traduce por la presencia de $Zd < -3$. Los vínculos entre capacidad de exploración perceptiva e impulsividad son, por otro lado, bien conocidos (Kagan, 1965). Rey (1962) habla de sujetos que «lo han sacrificado todo a la velocidad» (p. 102).

Paour (1979) evoca igualmente un déficit en la organización y la construcción de hipótesis, que favorece una adherencia a los datos

perceptivos, un estereotipo de las respuestas, un funcionamiento simplificador (pocas respuestas *DQ+*, *Zf* y *Blend*, *Lambda* elevado en el Rorschach) que Rey había ya descrito bajo la forma de estrechez del campo mental:

«el sujeto sólo ve relaciones simples, las que resultan de la coexistencia en su espíritu de un pequeño número de datos, y pasa de una relación simple a otra relación simple sin poder darse cuenta de las estructuras complejas de las que depende la comprensión del problema y la solución» (Rey, 1962, p. 102).

En función de estas observaciones, podemos también prever que los sujetos con trastornos de aprendizaje, estarán a menudo en estado de crisis (la falta de recursos internos condiciona el fracaso en su capacidad de control, *D* y *Adj D*), o sea, presentan dificultades de modulación de la afectividad. Tales dificultades se dejan también adivinar en Chiva (1973), quién habla de sujetos excitables o inhibidos; en Fau, Andrey, Lemen y Dehaut (1970), que observan estados de inseguridad permanente, de angustia desembocando en trastornos del carácter; Gibello (1976), que describe reacciones de dependencia; Rey (1962), quien constata un «mal control de la actividad» y un «bloqueo emocional» (p. 102).

Precisiones operacionales de los indicadores clínicos

Si los indicadores citados caracterizan en particular a los sujetos C, su funcionamiento psicológico se aproximará al estado de subfuncionamiento descrito por Paour. Además de que el Rorschach habrá demostrado ser un excelente instrumento para la clínica comparada, habremos podido testar su validez a la luz de un enfoque funcionalista de los trastornos de aprendizaje.

Nuestra crítica a los trabajos citados de Inhelder y Paour deja entrever la importancia de los factores emocionales. Esto nos conducirá a completar los indicadores de funcionamiento cognitivo con otros, reveladores de la dimensión afectiva.

1) Indicadores de disfuncionamientos cognitivos

Flujo asociativo: número de respuestas

Podemos esperar una restricción del flujo asociativo que disminuirá el número de respuestas. Esto puede ser obra de mecanismos de inhibición. Exner (1986) señala este fenómeno ($R < 17$ para los adultos y < 15 para los niños) para los sujetos que guardan una actitud muy defensiva o resistente durante la pasación; este hecho no es raro tampoco en caso de una inteligencia limitada, de daño neurológico o episodios depresivos.

Recursos internos: EA

En el Rorschach, seguir la consigna y en consecuencia dar una respuesta, es intentar un compromiso mentalizado entre una realidad

perceptiva y contenidos psicológicos (emocionales e ideacionales). Esta actividad requiere herramientas mentales participando en la formalización de esta experiencia interna.

Hemos anotado una cierta pobreza de lo imaginario de los sujetos con dificultades de aprendizaje, frecuentemente una cierta deserción del espacio psicológico por sus representantes. Perron (1991) y Perron y otros (1987) hablan de debilidad de «las temáticas de iniciativa» (p. 163). Paour (1991) de subfuncionamiento del sistema percepción-acción. Son características que corren el riesgo de traducirse en una escasez de respuestas de movimiento humano.

Actividades de análisis y síntesis: Zf y DQ+

Según Exner (1986), el índice EA no correlaciona positivamente con el nivel intelectual, sino con Zf, que asimismo correlaciona con las respuestas DQ+. Los dos últimos índices correlacionan con la medida de la inteligencia. Paour (1991) ha señalado la debilidad del dinamismo intelectual de los sujetos deficientes. Actitudes pasivas en los sujetos con I.M.C. (de Barbot, 1988; de Barbot y otros, 1989), con espina bífida (Reveillere y otros, 1994), la tendencia a la simplificación, a la rigidez de funcionamiento y a la debilidad en la búsqueda de relaciones entre el mundo externo y el interno, para dejarse llevar por el percepto y producir a menudo respuestas estereotipadas (Rey, 1962), no pueden llevar más que a producir pocas respuestas codificadas como DQ+ o acompañadas de Z.

Comportamiento exploratorio: Zd < -3

Si los sujetos presentan con frecuencia un comportamiento exploratorio con lagunas, precipitado, pues son víctimas de su impulsividad (Paour, 1988 y 1991), se corresponderán con las características de los subincorporadores.

Estilo de funcionamiento: Lambda, Blend y EB

El *Lambda*, alto o bajo, señala un fallo en la mediación entre realidad perceptiva y contenidos psicológicos (emocionales e ideacionales): formalización excesiva y adherencia a los datos perceptivos en el primer caso, contenidos internos desbordantes que rompen con el percepto en el segundo.

Esta falta de complejidad psicológica o, por el contrario, un funcionamiento dificultado por un exceso de complejidad, no pueden dejar de ser índices de disfuncionamiento que llevarán a los sujetos a elaborar pocas o abundantes respuestas de determinantes múltiples (*Blend*), producto complejo de análisis y síntesis, signo de sensibilidad al mundo externo e interno (90% de las *Blend* contienen un determinante relacionado con la experiencia afectiva según Exner (1986).

En cuanto al *EB* o tipo vivencial, en un plano psicopatológico, los

ambiguales son más numerosos en los grupos psicopatológicos, y tienen más recaídas. Es un índice de vulnerabilidad psicológica (56% son depresivos). Sensibilidad al estrés, lentitud, procedimientos variables, son observaciones corrientes sobre los sujetos con dificultades de aprendizaje. Podemos esperar, por lo tanto, que el estilo ambiguo esté sobrerrepresentado.

Capacidad de control (D y AdjD)

Para los C, observaciones tales como sujetos excitables o inhibidos, presentando comportamientos «fóbicos» o bloqueos emotivos, permiten dudar de la eficacia de sus capacidades de control.

Verbalizaciones inusuales

Deberían caracterizar a los C, como reveladoras de disfuncionamiento de la actividad cognitiva en sus aspectos de razonamiento y juicio.

2) Búsqueda de índices de funcionamiento psicológico distintos de los cognitivos

Imagen de sí mismo y apertura relacional

Dentro de una perspectiva cognitivista, los trabajos sobre los «learning disorders» establecen relaciones entre la imagen de sí mismo y dificultades de aprendizaje (Compas, 1991; Meyer 1986-87; Pierrhumbert y otros, 1987). No obstante, si tomamos en cuenta la dimensión psicoafectiva de los sujetos, no es posible deducir que una ausencia de trastornos de aprendizaje sea un signo de equilibrio psicológico (Diatkine, 1985).

Rozamos aquí los límites de una demanda fuera de lo normativo, que puede dejar de lado eventuales trastornos y sufrimientos psicológicos.

Pensamos que las muestras que traducen la capacidad de un sujeto para construirse sobre las bases de sus propias experiencias, son una primera categoría de índices. Esto supone, en efecto, que en el curso del desarrollo, la dependencia relacional se ha vuelto débil (*CDI*), y el sujeto ha compensado este retraso centrándose más en sí mismo (*EGO*, pares y reflejos). Si esto no está marcado por el exceso, el interés por los otros se mantiene (respuestas de *H pura*, *COP*, *AG*) y no se confunde con el desapego.

Hemos retenido dos categorías de índices: imagen de sí mismo (*H pura* suma de $H+Hd+(H)+(Hd)$, respuestas de reflejo y respuestas de par) y apertura relacional (*CDI*, *COP* y *AG*).

Modulación del afecto

Otra categoría de índices concierne a la experiencia afectiva. Siempre permitida en sus múltiples tonalidades, pero que nunca escapa a los mecanismos de control; hablaremos pues de equilibrio en la modulación de

la afectividad. La valoraremos a partir de los índices siguientes: $DEPI = 4$, $Sum\ Shad > FM+m$, Afr y $CF+C < FC+1$. Estos índices están entre los seleccionados por Exner y otros autores como indicadores de desequilibrios en la integración afectiva.

RESULTADOS

De entrada es importante señalar que la ausencia notable de trastornos instrumentales no permite diferenciar a los dos grupos (figura de Rey y dossier neuropsicológico). Podemos eliminar razonablemente el hecho que los trastornos de tipo dispráxico diferenciaran a los dos grupos. Este tipo de trastornos no puede considerarse como factor explicativo de las diferencias en los resultados que vamos a presentar. Sin embargo, en el plano de las estrategias utilizadas, los NC dan pruebas de una mejor capacidad mental para organizar la figura (Tipo I), mientras que los C utilizan otra estrategia. Los elementos son reunidos por yuxtaposición (Tipo IV), resultando el conjunto en general correcto pero a veces sin algunos detalles.

Capacidad intelectual

Los dos grupos de sujetos C y NC, se diferencian en cuanto a la eficiencia general (110,2/97,64), y dentro de ella, en la eficiencia verbal (109,76/96,08). Los factores de conceptualización y razonamiento con material verbal y numérico están implicados en esta escala. El dominio de estos contenidos y de estas habilidades juegan en favor de la adaptación escolar (Bourges, 1978). En todo caso, los sujetos C poseen un nivel de eficiencia general muy próximo a la norma (CIT = 97,64) sin una diferencia notable entre el nivel verbal y el manipulativo (96,08/99,8), lo que pone en evidencia la falta de validez de este índice de medida de la capacidad intelectual frente a los problemas de aprendizaje.

Disfuncionamiento cognitivo

Semejanzas entre los dos grupos

Una particularidad del tratamiento de la información les es común: el funcionamiento subincorporador (36% $Zd < -3$). Producción de respuestas poco habituales, «patinazos» cognitivos (especialmente *ALOG* y *INCOM2*) y tendencia a la simplificación ($L > 0.99$) están igualmente presentes en los dos grupos.

Los NC presentan índices de vulnerabilidad psicológica ya que, si bien aumenta el número de introversivos, muchos son pervasivos (16% del 20% total). En los dos grupos sucede lo mismo con los extratensivos (20% del 28% total) mientras que los ambiguaes son numerosos (52% de los NC y 60% de los C).

La presencia de estados de crisis psicológicos no es un índice clínico diferenciador entre los grupos C y NC.

Diferencias entre los dos grupos

Se confirma para los NC las aptitudes de conceptualización, razonamiento de análisis y síntesis y tenacidad cognitiva (*EA, DQ+, ZF*). Más que la instrumentalización afectiva (*Sum C*), es la instrumentación ideacional (*M*) la que distingue a los dos grupos; los NC se distinguen por su capacidad para interiorizar y para diferir. También dan muestras de una mayor complejidad de funcionamiento (*Blend*).

Imagen de sí mismo y apertura relacional

Semejanzas entre los dos grupos

Para una parte de los dos grupos, la relación de los sujetos con el entorno está marcada por una débil sensibilidad y apertura relacional ($H = 0$ y $H < 2$). El resto están muy poco presentes en el campo de las representaciones, ya sean de forma cooperativa (*COP*) o agresiva (*AG*).

Diferencias entre los dos grupos

Si para los NC es manifiesto este desapego y este desinterés en las experiencias reales, sin embargo, lo compensan en la escena imaginaria con muchas representaciones humanas (diferencia significativa de la suma de respuestas humanas entre C y NC).

La importancia del número de respuestas de reflejo ($p = 0.06$), forma infantil de centrarse en uno mismo e índice de fragilidad, caracteriza igualmente a los NC.

El grupo C presenta un alto índice de «Coping Deficit Index», *CDI* (48% para los C y 20% para los NC).

Modulación del afecto

Pobres lazos personales, desvalorización de sí mismo y presión de la dependencia, sólo pueden acompañarse para algunos de una experiencia de afectos dolorosos, de ahí la importancia de la experiencia depresiva.

NC y C son casi iguales en cuanto a la frecuencia de un polo depresivo (32 y 36% respectivamente), lo que los hace estar más sujetos a este tipo de trastornos que los sujetos normativos (17 sujetos = 34 % en el conjunto de la muestra, frente a un 1%). Añadiendo estos datos a los 17 *CDI*, resulta que la experiencia depresiva concierne al 52% de los sujetos en una u otra forma (8 sujetos presentan las dos. Ver el caso de Patricia en el Anexo I).

Esta experiencia puede ser debida a una dominancia de la rumiación ($C' > 2$ para el 36% de los C) y de autoinspección dolorosa y fuertemente desagradable (*V* en un 60% de NC y un 48% de C), o a una falta de mentalización (*CDI*: 20% de NC y 48% de C).

Existe la misma semejanza para el índice de modulación de los afectos ($FC > CF + C + 1$) y, hecho remarcable, los sujetos con handicaps superan netamente a los sujetos de 13 años de los datos normativos (30% y 11%, $p = 0.006$). Esto prueba que casi un tercio de la población dispone de estos mecanismos de control. Es interesante constatar que no es una cuestión de matiz, ya que para el 20% el control es pronunciado ($FC > CF + C + 1$) y por el contrario es relajado para el 22% ($CF + C > FC + 2$).

Por último, la receptividad emocional (*Afr*) es generalmente débil, y esta característica está muy acentuada.

A fin de precisar el contenido de las experiencias afectivas dolorosas ($Sum\ Shad > FM+M$ para un 46% del total), hemos comparado los dos grupos según los indicadores de tensión: *Y*, *m*, *C'*, *V* (Reveillere, 1994b).

Lo que diferencia a los dos grupos es que *Y* y *m+Y* son más frecuentes entre los NC; esta tensión expresada, esencialmente, bajo la forma de ansiedad, muestra la existencia de un potencial de reacción para la que los NC están más dotados. La $C' > 2$ es una de las características del grupo C ($p = 0.02$). Esta irritación corresponde a una forma de contraer, de retener las afectos (ver el caso de en el Anexo I).

Para los C conviene añadir algunos casos de vida psíquica muy empobrecida (12%) revelados por una ausencia de indicadores de tensión ($es = 0$). Ninguna situación de este tipo está presente entre los NC.

Lo que asemeja a los dos grupos es el número importante de respuestas de Vista: esto traduce la existencia de una actitud introspectiva de contenido negativo, que puede ser entendida como subrayando un esfuerzo para mantener a distancia la ansiedad. Es tanto más una característica de la población HM por el hecho de que esta respuesta es muy rara entre la población general (inferior al 10%, frente al 60% para los NC y el 48% para los C).

Ilustraciones clínicas

Patricio

Patricio tiene 13 años, está afectado por una amiotrofia espinal infantil (tipo II). Él la vivió siempre institucionalizado. Está en cuarto curso. Lo visitamos por dar pruebas de intereses escolares muy selectivos. En efecto, mientras los resultados de las materias a base de razonamiento lógico eran correctos si bien bajos, lo que llama la atención es su actitud frente a otros contenidos. En francés y lenguas extranjeras se queda como petrificado en expresión oral y escrita, dejando la hoja casi en blanco durante los exámenes.

Los resultados en el WISC-R son: CIT = 124, CIV = 117 y CIM = 127.

En E.P.L. la nota máxima es 28 (diferencia de 0).

Los resultados en cuanto a capacidad y organización del razonamiento son pues muy buenos, siendo el nivel formal B, el que se logra a 13 años.

Rorschach (Anexo I)

Los útiles mentales están casi ausentes ($EB = 1 : 1,5$), especialmente los relacionados con la aptitud de razonamiento ($Zf = 3$ y $DQ+ = 1$). Este dato es sorprendente, habida cuenta de los resultados en las pruebas puramente cognitivas. En realidad, la prueba de

Rorschach, en cuanto al compromiso mental que supone entre realidad externa e interna, ha puesto en evidencia una depresión grave ($DEPI = 6$) que bloquea la actividad del pensamiento secundario.

La imposibilidad de mantenerse en un área transicional (Winnocott, 1975a) le ha arrebatado la obstinación (débil Zf y $DQ+$) de que había dado pruebas en el WISC-R y el E.P.L., llevándolo incluso a permanecer borroso en la decodificación del percepto ($DQv = 4$). Este punto contrasta fuertemente con el extremo rigor y precisión de los que dió pruebas en el WISC-R y el E.P.L.

Esta experiencia interna dolorosa es un componente de experiencia emocional confusa ($Blend\ CF.YF$), dolorosa ($Blend\ FV.YF$) con componentes de autoinspección ($V = 1$), que dejan a Patricio como impotente y sin figuras de identificación ($Ego = 0,06$), frente a este estado de peligró y ansiedad ($Y = 5$, $CDI = 5$).

Más que un estado crónico, se trata de un episodio de crisis ($D = 2$ y $AdjD = 0$).

Eloísa

A la edad de 15 años, es atendida de amiotrofia espinal infantil (tipo II). Es una alumna considerada «brillante». Por falta de estabilidad del medio familiar, ha vivido siempre institucionalizada. La hemos visitado a raíz de un bajo interés por la escolarización que la ha llevado a tener que repetir 5º curso.

Los resultados en el WISC-R son: CIT = 115, CIV = 113 y CIM = 114.

En la Figura de Rey tiene éxito en la copia y la memoria (Tipo I). En el E.P.L. alcanza un nivel formal B (4, 4, 8, 8, 2) 3 diferencias.

Rorschach (Anexo I)

vive un estado de tensión interna doloroso, en base a la retención de afectos ($C' = 3$) y de preocupaciones corporales ($An + Xy = 2$) que sobrepasan sus capacidades de control ($EA = 3$, $eb = 3/5$). Este estado es más crónico que episódico ($D = -1$ y $AdjD = -1$).

A veces es capaz de contener sus afecto ($FC > CF + C$) pero actualmente un exceso de tensión le hace experimentar impotencia ($Blend\ m.y$), sin duda acentuada por su incapacidad de cuidarse de sí misma ($CDI = 5$). Está más inclinada a ver las causas de sus dificultades en el exterior que de proceder a un cuestionamiento personal; esta confusión contrasta con una concepción grandiosa de sí misma ($Fr + rF = 2$). El investimento de los otros y de sus conflictos está prácticamente ausente ($COP = 0$, $AG = 0$, $H = 1$), está más bien a nivel de lo imaginario ($H < (H) + Hd + (Hd)$), lo que la confina a sentirse aislada ($Isolate/R = 0.030$).

Durante la pasación del test, demuestra siempre mucha ambición con respecto a sí misma ($W : M = 12 : 1$), el test es administrado con motivación ($Zf = 14$, $Zd = + 0,5$, $DQ+ = 5$), pero se topa con una debilidad y perturbación ideacional ($M = 1$ y de cualidad -).

El Rorschach, por la dinámica cognitivo afectiva que hace emerger, da cuenta de esta realidad psicológica dolorosa, que las otras pruebas no dejan suponer.

Aquí la disminución del rendimiento escolar tenía el significado de llamada de ayuda.

DISCUSIÓN

Hemos visto que diferentes tipos de problemas se ponían en evidencia a partir de una lectura clínica de sujetos afectados de un handicap físico «retados», en cierta medida, a tener que efectuar un trabajo de elaboración mental sobre situaciones diferentes.

Así, el grupo con dificultades de aprendizaje no presenta poca capacidad intelectual. Sin embargo, dan pruebas de una peor soltura que los NC para razonar sobre la base de un material verbal.

El análisis de los indicadores cognitivos ha mostrado que los NC se

diferencian de los C por una mayor diversidad de las representaciones, una tenacidad de funcionamiento los lleva a ser notablemente más activos frente al percepto. Se apartan pues del estado de «subfuncionamiento» descrito por Parour, lo que no es el caso para los C. Una parte de los NC no está exenta de signos de «subfuncionamiento», a causa de una exploración perceptiva precipitada y de recurrir a la simplificación.

La capacidad de interiorización de los NC diferencia a los dos grupos (Movimiento humano), más que la sensorialidad. El estudio de casos individuales nos muestra que cuando esta última es combatida, lo es según diferentes modalidades para los NC que para los C.

En efecto, para los NC, la debilidad en la implicación emocional, la ausencia de un manejo matizado de los afectos, nos han llevado a comprender el ejercicio del proceso secundario en tanto que control, resultado de una utilización defensiva de los instrumentos ideacionales. Estos permiten así filtrar los cambios provenientes del mundo exterior e interior. La imagen de sí mismo obtendrá tales ventajas que se mantendrá a un nivel de grandiosidad ($Fr + rF > 0$ en el 44% de los NC).

Los C, menos dotados de procesos secundarios (48% con *CDI* positivo), pero combatiendo igualmente el mundo de los afectos evitándolo y volviéndose poco sensibles al entorno, recurren más a la hiperformalización ($L > 2$ para el 28% de los C, con una puntuación máxima del 8,5; 8% en el caso de los NC y 2,75 de puntuación máxima). Lo real queda fijado, experimentando una decodificación «realista» poco impregnada de subjetividad.

Para resumir, cuando se trata de ejercer un control sobre el mundo interno, los que cognitivamente funcionan mejor utilizan las kinestesis (*M*) y los que funcionan peor recurren a las *F*. Estos dos estilos, por vías diferentes apuntan a preservar la imagen de sí mismo, pero la dependencia relacional y los sufrimientos depresivos (52% de la muestra) que los acompañan nos han mostrado cuales son sus límites (Reveillere, 1994a). No debemos olvidar, así mismo, la fragilidad de los NC dado el número de sujetos con estilo de funcionamiento pervasivo o ambiguo (52%).

Una debilidad en la sensibilidad y la apertura relacional, están presentes en los dos grupos. Si estas se ejercen sobre experiencias reales, son compensadas para los NC en la escena mental por un mayor número de representaciones humanas y parahumanas. Estos contenidos antropomorfos emanan de representaciones, escenas de proyecciones de una imagen de sí mismo sobrevalorada en su poder, privilegiando el recurso a lo mágico.

Este proceso puede entonces ser entendido como lugar de proyección de una problemática. La escena mental es más bien el asiento de un yo grandioso o de una alta aspiración, constituyendo la visión de sí mismo la forma principal de relación del sujeto con el mundo.

Sobreestimación de sí mismo, recurso a lo mágico para rebasar los

impedimentos de lo real, tendencia a ver en el exterior de sí mismo toda clase de maldad, son las manifestaciones al servicio de un proceso de replegamiento protector. Este funcionamiento que reposa más en lo imaginario que sobre la integración de experiencias reales, comporta el riesgo de instalarse en una representación deformada de los otros.

Teniendo en cuenta la mayor presencia de representaciones humanas dadas por los NC, es posible pensar que han podido disponer de *mejores figuras de identificación* que los C en el curso de su desarrollo.

Para los C, los numerosos *CDI* indican un déficit en la capacidad de extraer de sí mismos sus propios recursos psicológicos. Es un estado de frágil equilibrio psicológico (60% son ambiguos) que procede a menudo de procesos de desvalorización y que, falto de bases personales suficientes, lleva a buscar gratificaciones y seguridad por dependencia relacional en el seno de relaciones de apoyo.

En términos del funcionamiento psicológico, esta fragilidad lleva a la indigencia de los recursos cognitivo-afectivos, es la traducción de una dificultad para que toda tensión psicológica se juegue sobre un plano mental, aptitud para la que los NC están mejor dotados. Los recursos que poseen estos últimos, permiten amortiguar, filtrar, tratar de elaborar el efecto de las tensiones de forma limitada, por el recurso frecuente a los mecanismos ideacionales en detrimento de la sensorialidad, para una parte del grupo. Para otros, por el contrario, el funcionamiento es muy relajado.

Hay índices de dolor afectivo: podemos retener como una tendencia del conjunto de la población, una autoinspección que entraña a menudo, en los NC una ansiedad manifiesta, y en los C, un experimentar irritación por falta de expresividad. Hace falta añadir para los C los pocos casos de «erosión» revelados por una ausencia de índices de tensión interna.

Este potencial de reactividad de los NC, nos sitúa ante una situación sorprendente ya que serían los NC los que poseerían el funcionamiento mental más favorable a una demanda de ayuda psicológica (lo que, por otra parte se produjo en la práctica clínica posterior a este trabajo de investigación).

A pesar de una falta de recursos cognitivo-afectivos, la situación de crisis no caracteriza a los C. Este resultado es sorprendente, ya que una falta de recursos internos podría dejar suponer la existencia de numerosos cuadros de desborde, testimonio de las dificultades por contener la intensidad de las tensiones. Avanzaremos como hipótesis explicativa frente a esta constatación, que algunos están quizás inscritos en un proceso de débil vitalidad psicológica, lo que los hace poco excitables, estando como desensibilizados frente a las presiones y los afectos dolorosos.

El concepto de crisis, definido como el no desbordamiento de las capacidades de control, se muestra de una pobre validez respecto de las competencias adaptativas. En efecto, este resultado asociado al déficit de «coping», característica frecuente de los C lleva a diferenciar capacidad de

adaptación y crisis. Si los C no están en situación de crisis, es al precio de mantenerse en un medio protector y habitual. Este punto subraya su vulnerabilidad a los posibles acontecimientos vitales que están en riesgo de afrontar en el curso de su existencia.

Este punto nos pone en guardia frente a enfoques que no toman en cuenta las interacciones individuo (y su umbral y tipo de vulnerabilidad) - presiones externas - recursos sociales. Esto aboga en favor de la idea que ningún agente exterior puede ser identificado como causa de tensión interna, independientemente de las actividades de mediación mentales ejercidas por un sujeto (Lazarus, 1990; Lazarus y Folkman, 1984. Para una aplicación a una muestra de sujetos con handicaps físicos ver Sloper y Turner, 1993).

CONCLUSIÓN

El abordaje cognitivo afectivo de las actividades de pensamiento reposa sobre la complementariedad de los instrumentos utilizados. Hacemos referencia a su poder de decodificación de los contenidos, funcionamiento (o procedimiento) y organización del pensamiento. Retomaremos cada instrumento utilizado a fin de precisar las ventajas y los límites de utilización.

WISC-R

Esta investigación nos ha enseñado a desconfiar de sus resultados porque, siendo normativos, pueden llevar a cerrar prematuramente un proceso de investigación clínica. El riesgo es importante en caso de facilidad de razonamiento con un material verbal que facilita la adaptación escolar. Ahora bien, este criterio no excluye la presencia de sufrimiento psicoafectivo (ver los casos de Patricia y mencionados anteriormente).

Figura de Rey

Ha sido utilizada ciertamente para la detección de dificultades 'instrumentales', pero nosotros la hemos explotado también como indicador de la capacidad de fortaleza mental (tipo de estrategia adoptada). La frecuencia de un estilo de reconstrucción por yuxtaposición aporta un índice suplementario de funcionamiento.

Test de Rorschach

Demanda que se dé en la escena mental un compromiso entre el respeto a la consigna, el tener en cuenta la realidad perceptiva y la actividad de ideación articulada con los afectos. Reclama actividades de pensamiento complejas y diversificadas. Tiene igualmente como ventaja el forzar a ciertos sujetos a abandonar su distancia frente a la situación de examen.

Informa notablemente sobre la especificidad del tratamiento de la

información, el investimento de la actividad cognitiva, la modulación de los afectos, apertura vincular y la representación del sí mismo.

Por ejemplo, hay sujetos que no poseen ningún trastorno de la capacidad de organización del pensamiento, pero que son presas de sus afectos dolorosos. La señal de aviso es a menudo un descenso del rendimiento escolar. Es generalmente a partir de una actividad de fantasía desvitalizada, con falta de sensorialidad, que este tipo de problema se detecta con un examen psicológico que incluya el Rorschach.

Podemos afirmar que el Rorschach, aplicado e interpretado según el Sistema Comprensivo de Exner, ha mostrado ser un excelente instrumento de investigación para un análisis diferencial del funcionamiento psicológico de los dos grupos. Esto es tanto más notable por cuanto entre los instrumentos utilizados, solamente el EPL (nivel y heterogeneidad del razonamiento) y el Rorschach se han mostrado válidos para el estudio de los trastornos de aprendizaje. Por el contrario, los niveles intelectuales y la débil presencia de trastornos instrumentales, no han diferenciado los dos grupos.

En fin, el análisis complementario de los resultados aportados por estos cuatro instrumentos (con el E.P.L.), ha sido para nosotros, una garantía de acceso a una dimensión psicoafectiva de las actividades del pensamiento.

En razón de los signos de fragilidad específicos del conjunto de la muestra (actitud introspectiva dolorosa, ambigüedad, trastornos depresivos) no podemos confundir más adaptación escolar y equilibrio psicológico. Frente al estado de «subfuncionamiento» presente en los C, los NC disponen sin embargo de capacidad de interiorización, favorable a los aprendizajes escolares. Potencial de reactividad, mejores figuras de identificación de los NC y déficit de «coping» de los C, constituyen igualmente indicadores preciosos para definir modalidades terapéuticas diferenciadas.

Estos puntos subrayan, por ellos mismos, el interés de un enfoque que integra las dimensiones cognitivas y afectivas para el estudio de la práctica clínica que se interesa por los trastornos de aprendizaje.

Por último, relacionar estas características clínicas entre ellas, nos lleva a comprender una organización psicológica no en términos de retraso (en relación a los modelos generales de desarrollo) sino en tanto que diferencias de modalidades de funcionamiento. Lo correcto es aprehender las especificidades de la experiencia instrumental del handicap así como aquellas del campo interaccional en el que se inscribe.

ANEXO I

Patricio

I

1) Una hoja.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma general del contorno.

2) Una nube.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Es un poco más claro aquí (borde).

Más formado aquí y más claro en el centro.

II

3) Un animal herido.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Por la sangre.

E: (Interroga)

S: Y hay también manchas rojas sobre el negro.

4) Una mariposa.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma de las alas aquí.

III

5) Un árbol.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma, es como un tronco.

IV

6) Un oso.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Menos esto.

E: (Interroga)

S: Inclinado, que se va.

E: (Interroga)

S: Se aleja.

V

7) Una mariposa.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma de las alas.

8) Un murciélago.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Es parecido.

VI

9) Una hoja.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Menos esta cosa de aquí.

E: (Interroga)

S: Con la raja en el medio y las manchas aquí, aquí y el contorno en general.

VII

10) Una nube.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Como antes, los colores y el contorno.

E: (Interroga)

S: Colores más claros y más oscuros.

VIII

11) Un puma.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Por las patas, la forma de la cabeza.

12) Una mariposa.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma de las alas y un poco el color.

13) Una chaqueta.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma y el color.

E: (Interroga)

S: Una chaqueta colgada de «no encuentro el nombre.»

IX

14) Uf! esto no me dice nada,
una nube.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Aquí, siempre el color un poco más
oscuro y más claro en los contornos.

X

15) Unos caballitos de mar.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

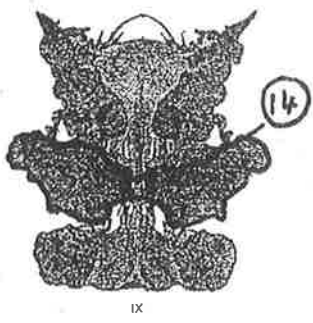
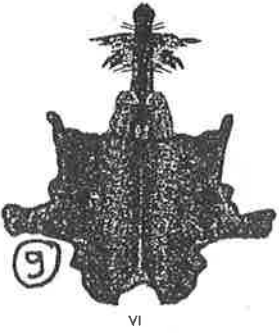
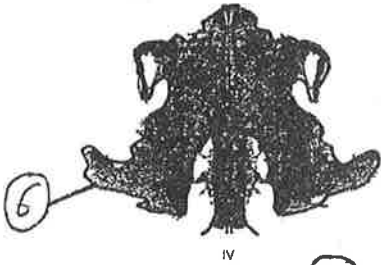
S: La forma del cuerpo.

16) Una bailarina, los
brazos en alto.

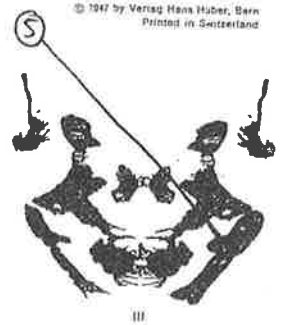
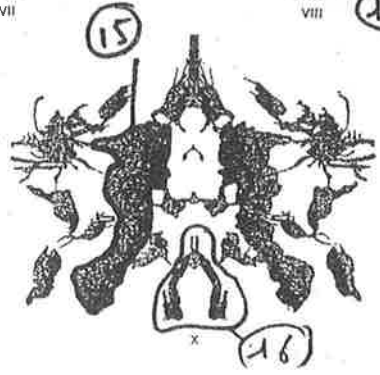
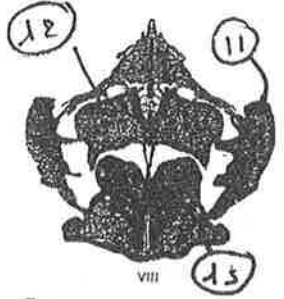
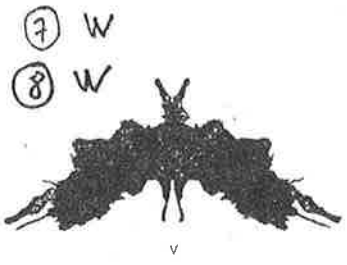
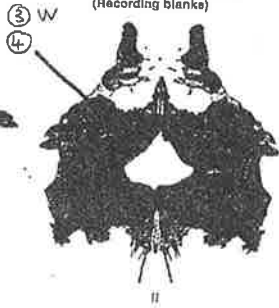
E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma y los brazos con las mangas
largas que están en alto.

Rorschach: Psychodiagnostics



Schemablock
(Recording blanks)



© 1947 by Verlag Hans Huber, Bern
Printed in Switzerland

PATRICIO N.º 36. SEQUENCE OF SCORES

CARD	NO	LOC	#	DETERMINANT(S) (2)	CONTENT(S)	POP Z	SPECIAL SCORE
I	1	Wv	1	Fo	Bt		
	2	Wv	1	Y	Cl		
II	3	W+	1	CF.YF-	A, Bl	4.5	MOR
	4	DSo	5	F-	A		
III	5	Do	5	F-	Bt		
IV	6	Do	7	FMpu	A		
V	7	Wo	1	Fo	A	P 1.0	PSV
	8	Wo	1	Fo	A	P 1.0	
VI	9	Do	1	FV.YFo	Bt		INC
VII	10	Wv	1	YFo	Cl		
VIII	11	Do	1	Fo	A	P	
	12	Do	5	FCo	A		
	13	Do	2	mpu	Cg		
IX	14	Ddv	99	YFu	Cl		
X	15	Do	9	Fu	2	A	
	16	Do	10	Mpu		Cg, H	

SUMMARY OF APPROACH

I: W.W	VI: D
II: W.DS	VII: W
III: D	VIII: D.D.D.
IV: D	IX: Dd
V: W.W	X: D.D

PATRICIO N.º 36
RESUMEN ESTRUCTURAL

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS BLENDS	SINGLE	CONTENTS	S-CONSTELLATION
Zf = 3	CF.YF	M = 1	H = 0, 1	. . FV+VF+V+FD>2
ZSum= 6.5	FV.YF	FM = 1	(H) = 0, 0	. . Col-Shd Bl>0
ZEst = 6.0		m = 1	Hd = 0, 0	. . Ego < .31, > .44
		FC = 1	(Hd) = 0, 0	. . MOR > 3
W = 6		CF = 0	Hx = 0, 0	. . Zd > +- 3.5
(Wv = 3)		C = 0	A = 8, 0	. . es > EA
D = 9		Cn = 0	(A) = 0, 0	. . CF+C > FC
Dd = 1		C' = 0	Ad = 0, 0	. . X+% < .70
S = 1		C'F = 0	(Ad) = 0, 0	. . S > 3
		C = 0	An = 0, 0	. . P < 3 OR > 8
		FT = 0	Art = 0, 0	. . Pure H < 2
DQ		TF = 0	Ay = 0, 0	. . R < 17
.....(FQ-)		TF = 0	Bl = 0, 1	x.....TOTAL
+ = 1 (1)		T = 0	Bt = 3, 0	SPECIAL SCORINGS
O = 11 (2)		FV = 0	Cg = 2, 0	Lv1 Lv2
v/+ = 0 (0)		VF = 0	Cl = 3, 0	DV = 0x1 0x2
v = 4 (0)		V = 0	Ex = 0, 0	INC = 1x2 0x4
		FY = 0	Fd = 0, 0	DR = 0x3 0x6
		YF = 2	Fi = 0, 0	FAB = 0x4 0x7
		Y = 1	Ge = 0, 0	ALOG = 0x5
		Fr = 0	Hh = 0, 0	CON = 0x7
		rF = 0	Ls = 0, 0	SUM6 = 1
		FD = 0	Ns = 0, 0	WSUM6 = 2
		F = 7	Sc = 0, 0	AB = 0 CP = 0
			Sx = 0, 0	AG = 0 MOR=1
			Xy = 0, 0	CFB = 0 PER = 0
			ld = 0, 0	COP = 0 PSV = 1
		(2) = 1		

FORM QUALITY

	FQX	FQf	MQual	SQX
+ = 0	0	0	0	0
o = 7	4	0	0	0
u = 5	1	1	0	0
- = 3	2	0	1	0
none=1	—	0	0	0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 16	L = 0.78	FC:CF+C = 1:1	COP = 0	AG = 0
EB = 1:1.5	EA = 2.5	Pure C = 0	Food = 0	
eb = 2:6	es = 8	Afr = 0.60	Isolate/R = 0.56	
	Adj es = 4	S = 1	H:(H)Hd(Hd) = 1:0	
		Blends:R = 2:16	(Hd):(AAd) = 0:0	
FM = 1 :	C' = 0	CP = 0	H+A:Hd+Ad = 9:0	
m = 1 :	V = 1			
		P = 3	Zf = 3	3r+(2)/R = 0.06
a:p = 0:3	Sum6 = 1	X+% = 0.44	Zd = +0.5	Fr+rF = 0
Ma:Mp = 0:1	Lv2 = 0	F+% = 0.57	W:D:Dd = 6:9:1	FD = 0
2AB+Art+Ay=0	WSum6 = 2	X-% = 0.19	W:M = 6:1	An+Xy = 0
M- = 0	Mnone = 0	S-% = 0.33	DQ+ = 1	MOR = 1
		Xu% = 0.31	DQv = 4	

SCZI = 1	DEPI = 6*	CDI = 5*	S-CON = N/A	HVI = No	OBS = No
----------	-----------	----------	-------------	----------	----------

Eloisa

I

1) Una pelvis.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Tiene la forma de los huesos, con los agujeros.

2) Un bicho imaginario una cosa de horror.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Por el negro.

E: (Interroga)

S: Imaginario porque esto no puede ser una cabeza verdadera en vista de su forma.

3) Una máscara.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Aquí para poner los ojos.

II

4) Un volcán

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: El cráter aquí, la lava que sale y que está preparándose.

5) Un bicho con una cabeza de caballo, con cuernos, con una capa (da miedo).

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma de la cabeza de caballo, las orejas como cuernos

E: (Interroga)

S: Su cuerpo recubierto de una capa negra.

III

6) Una hormiga, no un escarabajo con una pajarita con un traje.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Un traje negro, los ojos y una pajarita roja.

E: (Interroga)

S: Un traje, pues se diría que es tejido.

E: (Interroga)

S: Como las fibras de tejido estas diferencias de colores.

7) Un hueso lo negro, un esqueleto.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Huesos, unos al lado de otros.

IV

8) Un animal, una piel de animal en el suelo, un perro.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Está extendido, los matices dan una impresión de piel.

V

9) Un murciélago.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Es realmente la forma.

VI

10) Un zorro extendido en el suelo.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La piel de un zorro extendida, el contorno.

11) Una explosión, con una especie de humo

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Esta parte en todos los sentidos, de la chimenea en alto.

E: (Interroga)

S: El humo que se escapa aquí.

12) Un reflejo en el agua las ramas, casas con ramas

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Casas que se ven en el agua con las

ramas de un árbol alrededor (el conjunto es un reflejo).

E: (Interroga)

S: Reflejo porque los colores están matizados, es como en el agua.

VII

13) Una cabeza de oso de peluche con el ojo.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: El ojo es más claro, la forma de la cabeza.

VIII

14) Hay rocas y un puma encima que se refleja en el agua y trata de descender.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Las rocas, el puma, como es parecido aquí, es el reflejo.

IX

15) Un E.T. con coletas redondas, es gracioso

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Una forma bizarra, los cabellos rosas, peinados con coletas.

X

16) Hay unos pájaros

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Aquí, aquí, aquí, la forma.

17) Pájaros

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Aquí, la forma.

18) Una cabeza de caballito de mar.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: La forma, la cabeza.

19) Un hombre que sube.

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Sus piernas, sus brazos y un poste.

20) Un país exótico

E: (Repite la respuesta del sujeto)

S: Por los colores, es bonito.

E: (Interroga)

S: Esto me hace pensar en esto.

Rorschach: Psychodiagnostics

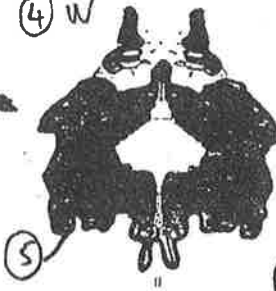
Schemablock
(Recording blanks)

© 1947 by Verlag Hans Huber, Bern
Printed in Switzerland

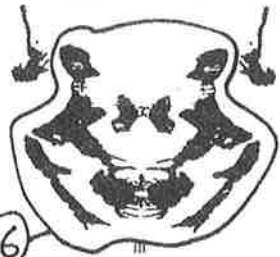
① W ② W ③ W



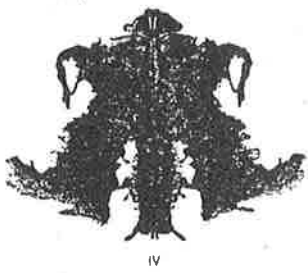
④ W



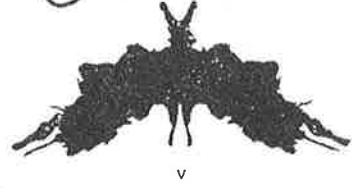
⑦ D1



⑧ W



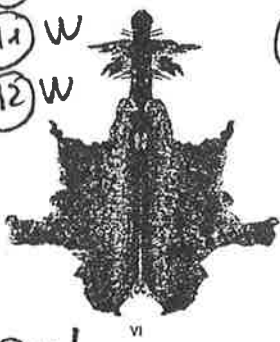
⑨ W



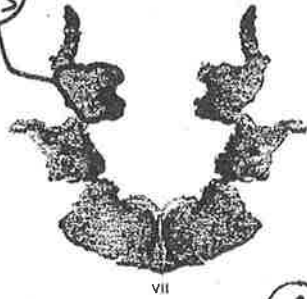
⑩ W

⑪ W

⑫ W



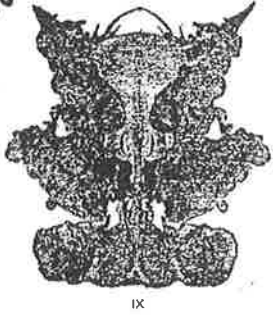
⑬



⑭ W



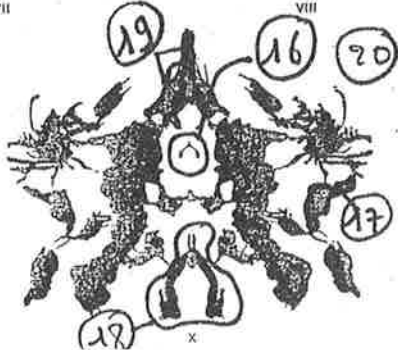
⑮ W



⑰

⑱

⑳ W



⑲

X

ELOISA N.º 54. SEQUENCE OF SCORES

CARD	NO	LOC	#	DETERMINANT(S) (2)	CONTENT(S)	POP Z	SPECIAL SCORE
I	1	WSo	1	Fo	An	3.5	MOR
	2	Wo	1	FC'u	(A)	1.0	
	3	WSo	1	Fo	(Hd)	3.5	
II	4	W+	1	mau	Ls, Fi	4.5	INC
	5	D+	6	FC'-	A, Cg, Hx	3.0	
III	6	Dd+	99	FC'.FC-	A, Cg	3.0	INC
	7	Do	1	F-	An		
IV	8	Wo	1	FTo	Ad	2.0	
V	9	Wo	1	Fo	Ad	1.0	
VI	10	Wo	1	Fo	Ad	P 2.5	
	11	Wv	1	ma.Yu	Ex, Fi		
	12	Wo	1	rF-	ld, Na	2.5	
VII	13	Do	9	F-	Ad		
VIII	14	W+	1	FMp.rFo	A, Na	P 4.5	
IX	15	Wo	1	FC-	(H)	5.5	
X	16	Do	3	F-	A		
	17	Do	15	Fo	2 A		
	18	Do	10	Fu	Ad		
	19	D+	8	Ma-	H, ld	4.0	
	20	Wo	1	CFu	Ls	5.5	

SUMMARY OF APPROACH

I: W.W.WS	VI: W.W.W.
II: W.D	VII: D
III: Dd.D	VIII: W
IV: W	IX: W
V: W	X: D.D.D.D.W

ELOISA N.º 54

RESUMEN ESTRUCTURAL

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS BLENDS	SINGLE	CONTENTS	S-CONSTELLATION
Zf = 14	FC.FC	M = 1	H = 1, 0	NO . . FV+VF+V+FD>2
ZSum = 46.0	m.Y	FM = 0	(H) = 1, 0	YES. . Col-Shd Bl>0
ZEst = 45.5	FM.rF	m = 1	Hd = 0, 0	NO . . Ego < .31, > .44
		FC = 1	(Hd) = 1, 0	NO . . MOR > 3
		CF = 1	Hx = 0, 1	NO . . Zd > + 3.5
W = 12		C = 0	A = 5, 0	YES. . es > EA
(Wv = 1)		Cn = 0	(A) = 1, 0	NO . . CF+C > FC
D = 7		FC' = 2	Ad = 5, 0	YES. . X+% < .70
Dd = 1		C'F = 0	(Ad) = 0, 0	NO . . S > 3
S = 2		C = 0	An = 2, 0	YES. . P < 3 OR > 8
		FT = 1	Art = 0, 0	YES. . Pure H < 2
DQ		TF = 0	Ay = 0, 0	NO . . R < 17
(FQ-)		T = 0	Bl = 0, 0	5.....TOTAL
+ = 5 (3)		FV = 0	Bt = 0, 0	SPECIAL SCORINGS
O = 14 (5)		VF = 0	Cg = 0, 2	Lv1 Lv2
v/+ = 0 (0)		V = 0	Cl = 0, 0	DV = 0x1 0x2
v = 1 (0)		FY = 0	Ex = 1, 0	INC = 2x2 0x4
		YF = 0	Fd = 0, 0	DR = 0x3 0x6
		Y = 0	Fi = 0, 2	FAB = 0x4 0x7
		Fr = 0	Ge = 0, 0	ALOG = 0x5
FORM QUALITY		rF = 1	Hh = 0, 0	CON = 0x7
FQX FQf MQual SQx		FD = 0	Ls = 2, 0	SUM6 = 2
+ = 0 0 0 0		F = 9	Ns = 0, 2	WSUM6 = 1
o = 7 5 0 2			Sc = 0, 0	AB = 0 CP = 0
u = 5 1 0 0			Sx = 0, 0	AG = 0 MOR = 1
- = 8 3 1 0			Xy = 0, 0	CFB = 0 PER = 0
none=0 - 0 0		(2) = 1	ld = 1, 1	COP = 0 PSV = 0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 20	F-L = 0.82	FC:CF+C = 2:1	COP = 0	AG = 0
EB = 1:2.0	EA = 3.0	Pure C = 0	Food = 0	
eb = 3:5	es = 8	Afr = 0.54	Isolate/R = 0.30	
	Adj es = 7	S = 2	H:(H)Hd(Hd) = 1:2	
		Blends:R = 3:20	(HHd):(AAAd) = 2:1	
FM = 1 :	C' = 3	CP = 0	H+A:Hd+Ad = 8:6	
m = 2 :	V = 0			
		P = 2	Zf = 14	3r+(2)/R = 0.35
a:p = 3:1	Sum6 = 2	X+% = 0.35	Zd = +0.5	Fr+rF = 2
Ma:Mp = 1:0	Lv2 = 0	F+% = 0.56	W:D:Dd = 12: 7:1	FD = 0
2AB+Art+Ay = 0	WSum6 = 4	X-% = 0.40	W:M = 12: 1	An+Xy = 2
M- = 1	Mnone = 0	S-% = 0.00	DQ+ = 5	MOR = 1
		Xu% = 0.25	DQv = 1	

SCZI = 3 DEPI = 4 CDI = 5* S-CON = 5 HVI = No OBS = No

Tabla 2.

Comparación del grupo que no consulta (N=25) con el grupo que consulta (N=25)¹

VARIABLES	GRUPO NC Media 0 %	GRUPO C Media 0 %	P	
COPING STYLE				
INTROV	20%	12%	0,73	NS
AMBIEQ	52%	60%		
EXTRAT	28%	28%		
L > 0,99	44%	48%	1	NS
CONTROL				
D < 0	36%	44%	0,77	NS
Adj D < 0	16%	23%	0,32	NS
COGNICIÓN				
R	24,32	20,28	0,08	NS
EA	6,80	4,12	0,006	DS
M	3,40	1,64	0,01	DS
Sum C	3,40	2,48	0,14	NS
"BLEND"	4,16	2,32	0,049	DS
Zd < -3	36%	36%	1	NS
DQ+	5,92	2,72	0,006	DS
Zf	13	9,20	0,0005	DS
Level2sp.sc > 0	32%	20%	0,52	NS
Sum 6Sp.Sc > 6	32%	20%	0,52	NS
AFECTO				
CF+C>FC+1	32%	12%	0,17	NS
FC>CF+C+1	32%	28%	1	NS
DEPI > 4	32%	36%	1	NS
Afr	0,50	0,51	0,90	NS
FM+m<Sum Sh	44%	48%	1	NS
Y	1,68	0,96	0,03	DS
m+Y	3,12	1,8	0,02	DS
C' > 2	36%	8%	0,02	DS
V > 0	60%	48%	0,57	NS
AUTOIMAGEN				
H	2,16	1,52	0,15	NS
H = 0	20%	28%	0,74	NS
H < 2	36%	56%	0,26	NS
Sum rép.hum+parahum	6,72	3,88	0,005	DS
EGO	0,34	0,26	0,09	L-S*
EGO <,33->,44	80%	80%	1	NS
EGO < 0,12/> 0,48	12, 60, 28%	16, 76, 8%	2,18	NS
PAIRS	5,88	4,24	0,30	NS
FR + RF > 0	44%	16%	0,06	DS*
RELACIONES I.				
CDI > 3	20%	48%	0,07	DS*
COP = 0	56%	72%	0,38	NS
AG = 0	60%	84%	0,11	NS

DS: Diferencia significativa para $p < 0,05$.

DS*: Diferencia significativa para $p < 0,010$ (hemos aumentado el nivel de significación por la importancia clínica de los índices estudiados).

NS: Diferencia no significativa.

¹ En caso de frecuencias se ha calculado Chi - cuadrado con la corrección para grupos pequeños. En caso de mediana se ha hecho análisis de variancia para las variables paramétricas y test de Mann-Whitney para las variables no paramétricas.

BIBLIOGRAFIA

- BETTSCHART, W. (1992). Difficultés scolaires et psychopathologie. En W. Bettschart, *L'échec à l'école, échec de l'école?* Paris: Delachaux et Niestlé.
- BOURGES, S. (1978). *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- CAMPO, V. (1991). *Los niños y el Rorschach. Aspectos clínicos, investigación y aplicación*. Valencia: Promolibro.
- CAMPO, V. (1991). Learning difficulties and the Rorschach. *Rorschachiana XVII. Congrès International du Rorschach et des méthodes projectives*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- CHIVA, M. (1973) *Débiles normaux et débiles pathologiques*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- COMPAS, Y. (1991). Représentation de soi et réussite scolaire. En R. Perron, *Les représentations de soi*. Toulouse: Privat
- DE BARBOT, F., MELJAC, C., TRUSCELLI, D., AMAR, M. H. (1989). *Pour une meilleure intégration scolaire des enfants I.M.C.: l'importance des premiers apprentissages en mathématiques*. Paris: C.T.N.E.R.H.I., diffusion PUF.
- DE BARBOT, F., (1988b). Etude des difficultés logico-mathématiques d'un groupe d'enfants I.M.C.. *Motricité cérébrale*, 9 1-8.
- DIATKINE, R. (1985). Le psychiatre d'enfants et les enseignants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 33 (8-9), 347-351.
- EXNER, J. E. and ANDRONIKOF-SANGLADE, A. (1992). Rorschach changes following brief and short-term therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59 (1), 59-71.
- EXNER, J. E. (1978). *The Rorschach. A comprehensive system*. (Vol II). New York: John Wiley and Sons.
- EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach. A comprehensive system. Basic Foundations* (second ed.) (Vol I). New York: John Wiley and Sons.
- EXNER, J. E. (1993). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (trad. A. Andronikof-Sanglade). Paris: Editions Frison-Roche.
- FAU, R., ANDREY, B., LEMEN, J. et HAUDT, H.(1970). *Psychothérapie des débiles mentaux* (2ème édition). Paris: PUF.
- GIBELLO, J. C., IONESCU, S., MAGEROTTE, G. et SALBREUX, R. (1992). *L'intervention en déficience mentale, Théories et pratiques*. Lille: Presses Universitaires de Lille.
- INHELDER, A., BLACHET, A., BODER, A., DE CAPRONA, D., SAADAROBERT, M., ACKERMANN-VALLADAO, E. (1979-1980). Procédures et significations dans la résolution d'un problème concret, *Bulletin de Psychologie*, T XXXIII (345), 645-648.
- INHELDER, A. (1969). *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux* (3ème édition). Paris: Delachaux et Niestlé.
- KAGAN, J. (1965) Impulsive and reflective children, significance of conceptual tempo. In KRUMBOLTZ, J. D. *Learning and the educational process*. Chicago: Rand McNally.
- LAZARUS, R. S. (1990) Theory based stress measurement. *Psychological Inquiry* 1 3-13.
- LAZARUS, R. S. and FOLKMAN, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- LONGEOT, F. (1979). *L'échelle de développement de la pensée logique*. Paris: Editions Scientifiques et Psychologiques.
- MEYER, R. (1986-87) Image de soi et statut scolaire-influence de déterminants familiaux et scolaires chez des élèves du cours moyen. *Bulletin de Psychologie*, T XL (38), 934-942.
- MISES, R. (1990) Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 (10-11), 523-539.

- PAOUR, J. L. (1979) Apprentissage de notions de conservation et induction de la pensée opératoire concrète chez les débilés mentaux. In Zazzo, J. L. *Les déficiences mentales*, Paris: A. Colin.
- PAROUR, J. L. (1988). Retard mental et aides cognitives. In *Psychologie cognitive, modèles et méthodes*. Paris: PUF.
- PERRON, R. (1991). *Les représentations de soi, développements, dynamiques, conflits*. Toulouse: Privat.
- PERRON, R., AUBLE, J. P. DEVILLE-CAVELLIN, G., CHAMPSEIX, M. C., COMPAS, Y., DESSEUX, D. et MATHON, T. (1987). *Troubles cognitifs et structures personnelles*. Paris: CNRS.
- PIERREHUMBERT, B., ZANONE, F., KAUER-TCHICALOFF, C. et PLANCHAREL, B. (1987) Image de soi et échec scolaire. *Bulletin de Psychologie*. T. XLI (384), 333-345.
- REUCHLIN, M. (1984) *Psychologie*. Paris: PUF.
- REVEILLERE, C. (1994a). *Pour une approche clinique des activités cognitivo-affectives de la pensée*. Thèse de Doctorat Nouveau Régime. Université de Bretagne Occidentale, Brest. (à paraître éd. l'Harmattan)
- REVEILLERE, C. (1994b). *Etude comparative de l'anxiété chez des adolescents handicapés moteurs avec et sans troubles d'apprentissages*. Congrès National de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, «Clinique de l'anxiété de l'enfant et de l'adolescent. Son devenir». Mai 1994, Clermont-Ferrand.
- REVEILLERE, C. (1994c). *Crise psychologique et capacité adaptative, à partir d'une étude de clinique comparative chez des adolescents handicapés moteurs (HM) avec et sans troubles d'apprentissages*. Université de Bretagne Occidentale, Colloque «La crise, crises et sens des crises». Juin 1994, Brest (à paraître dans *Prespectives Psychiatriques*).
- REVEILLERE, C. (1994d) *Approche de clinique comparative des troubles d'apprentissages à partir du Rorschach*. Actes du Colloque organisé par l'Association Européenne de Rorschach pour le Système Intégré. Septembre 1994, Oslo. (à paraître).
- REVEILLERE, C., BENONY, H., YEPREMIAN, D. (1994). Etude clinique et psychopathologique d'un groupe d'adolescents spina-bifida. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 42 (10), 715-724.
- REY, A. (1959). *Test de copie d'une figure complexe*. Paris: Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- REY, A. (1962). *Etude des insuffisances psychologiques II, la systématisation des observations*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- SLOPPER, P. TURNER, S. (1993). Risk and resilience factors in the adaptation of parents of children with severe physical disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 34 (2), 167-188.

Christian Reveillere
 24 allée de Bayeux
 94170 Le Perreux sur Marne
 Francia

Trayectorias laborales y síntomas de malestar en buscadores de empleo en paro o desempleados, de 30 a 50 años de edad, analizados con el test de Zulliger

A. Uhinki, C-E. Mattlar, C. Forsander y E. Alanen

RESUMEN

La meta de este estudio fue analizar el malestar psicológico experimentado por buscadores de empleo de 30 a 50 años de edad, desempleados, en relación con su desarrollo laboral definido por su orientación profesional, durante un período de 5 años antes de la pérdida del empleo. Se encontró que el 81.4% de los sujetos tenían una trayectoria laboral estable, el 70% inestable, y el 11.6% estancada. El malestar psicológico fue estudiado utilizando el método de las manchas de tinta de Zulliger. Los protocolos fueron codificados e interpretados de acuerdo con el Sistema Comprensivo. En su conjunto el grupo estudiado se caracterizó por malestar vivido subjetivamente. Esto se hallaba enfatizado en el grupo con una trayectoria laboral previa estable. El control cognitivo de los afectos se hallaba acentuado en el grupo de orientación laboral estable, como así también una identificación con el entorno social. Un estilo de razonamiento exhaustivo pero posiblemente algo rígido pareció típico de este mismo grupo. Los hallazgos de este estudio serán utilizados en el desarrollo de los servicios al cliente en las oficinas de empleo.

INTRODUCCIÓN

La ubicación de un individuo en su trayectoria laboral con respecto a la estabilidad de empleo durante un período de tiempo dado, parece enraizarse en las experiencias de la infancia. Pulkkinen (1989) encontró que la estabilidad de las trayectorias laborales de adultos jóvenes podían ser pronosticadas -más significativamente con respecto a los hombres- en base a las estimaciones realizadas por los maestros/as de escuela.

El autocontrol de la conducta, manifestado durante la infancia, se relacionaba con la salud en la edad adulta (Pulkkinen, 1982) y diferencias en las variables de la salud de adultos jóvenes se relacionaban a sus trayectorias laborales. Respecto de los hombres, se encontró una correlación significativa entre una estimación positiva de la salud y el empleo estable (Pulkkinen, 1990). La ubicación en una profesión parece ser un factor significativo en la vida.

De acuerdo con Nyysölä (1992) los sujetos que habían seguido una trayectoria laboral estable, parecían adoptar una actitud menos instrumental hacia el trabajo pagado que aquellos que habían seguido una trayectoria laboral inestable o estancada. Así que la trayectoria laboral pudiera vincularse al significado subjetivo del estar empleado. Se ha hipotetizado que las personas altamente ligadas a estar empleadas, por la razón que fuese, serán más severamente afectadas por la pérdida de empleo remunerado

que aquellos cuya devoción al trabajo es más débil (Fryer & Payne, 1986). De esto surge la pregunta de si es posible encontrar relaciones entre las experiencias de empleo definidas por las trayectorias laborales y el grado de malestar experimentado durante el desempleo.

Los sujetos de este estudio fueron 285 buscadores de empleo en paro, de 30 a 50 años de edad. En base a investigaciones previas se hipotetizó que (1) una experiencia de malestar se hallaría en todo el material. La experiencia de malestar, posiblemente incluyendo síntomas de oposición u hostilidad, sería más marcada en los sujetos que tuvieron una trayectoria laboral estable que en los que habían vivido una trayectoria laboral inestable o estancada. (2) El control de las emociones sería más fuerte en el grupo estable que en los otros dos grupos. Los protocolos también fueron revisados para determinar si se podían encontrar indicios de diferencias en el razonamiento y la flexibilidad cognitiva entre los tres grupos de la investigación.

METODO

El análisis de las trayectorias laborales

Las historias de los empleos de los sujetos fueron extraídas de los archivos de la oficina de empleo. Estas historias fueron analizadas durante un período de cinco años previo al desempleo actual. El concepto de trayectorias laborales y sus criterios se basaron en el modelo de Sinislao (1986). Fueron necesarias algunas modificaciones porque el modelo estaba destinado para adolescentes. La versión modificada de los criterios principales, usados en este estudio, fueron:

1. *Trayectoria laboral estable*. El criterio principal fue que la carrera u ocupación del sujeto, corespondiente a su entrenamiento o habilidades, pudiera ser identificado, y que él o ella habían trabajado en el mismo durante por lo menos la mitad de ese período de cinco años. Se incluyó la participación en la formación profesional o educación recibida. El paro fue admitido en casos excepcionales, principalmente en el caso de la construcción que es sensible a fluctuaciones económicas, como máximo un 30% del período en estudio.

2. *Trayectoria laboral inestable*. El criterio principal fue que el sujeto había estado empleado por lo menos durante la mitad y desempleado durante máximo un tercio del período de cinco años, y haber trabajado en varios empleos mayoritariamente diferentes de la profesión del sujeto (si identificable) y también incluyendo el trabajo subvencionado.

3. *Trayectoria laboral estancada*, en la que el criterio principal fue que el sujeto había estado desempleado más de un tercio del período de cinco años. Se incluyó una variedad de trabajos y tareas como asimismo el empleo subvencionado, estando su profesión sin especificar en la mayoría

de los casos. Se incluyó la participación temporal en formación o educación profesional.

El Zulliger

El Zulliger es una técnica de evaluación de la personalidad que consiste en tres manchas de tinta. Es una variante del Rorschach (Mahmood, 1990). Originalmente fue pensado para la administración grupal, pero más tarde también se proveyó una versión individual (Zulliger, 1948, 1954, 1969).

En este estudio se presentó el Zulliger con un proyector a grupos alrededor de un máximo de 15 sujetos. El procedimiento de la administración fue implementado de acuerdo con las instrucciones formuladas por Mahmood (1990).

Los protocolos fueron codificados de acuerdo con el Sistema Comprehensivo (Exner, 1990, 1991, 1993) y con los principios enumerados en el manual de Zulliger para aplicar el Sistema Comprehensivo Rorschach (Mattlar & colab., 1993) y el manual Zulliger para psicólogos que orientan vocacionalmente (Uhinki & colab., 1994). Esto fue realizado por dos miembros del equipo de investigación con una coincidencia interjueces de más del 80%. Actualmente el Sistema Comprehensivo es el enfoque del Rorschach preferido en los Estados Unidos (Watkins, 1991). Contrastando con muchos de los sistemas previamente usados para el análisis, tiene una firme base empírica, una fiabilidad satisfactoria y una validez documentada (Carlsson & Levander, 1993). Las variables (Exner, 1993) utilizadas en este estudio fueron:

La base de la experiencia eb (Suma FM+m: Suma total de C'+T+Y+V) que está organizada para proveer información acerca de la experiencia de demandas estimulares y para saber si alguna experiencia de malestar está ocurriendo en la vida del sujeto.

La estimulación de la experiencia es (Suma FM+m+Suma total de C'+T+Y+V) que se relaciona con las demandas estimulares presentes.

El número de respuestas S que si es elevado puede reflejar una tendencia a la oposición que puede llevar a la hostilidad o la ira.

La razón Forma-Color (FC:CF+C) que se vincula a la modulación de las emociones.

La frecuencia de las respuestas H puras ofrece información acerca de los puntos de vista sobre y actitudes hacia el entorno social.

Las respuestas de movimiento humano M se relacionan con, por ejemplo, los elementos de razonamiento, imaginación y a la capacidad para emplear tácticas de demora, darse tiempo para analizar el campo de estímulos y para dar respuestas potenciales antes de tomar decisiones.

La razón a:p que es el número de respuestas de movimiento activo en relación al número de respuestas de movimiento pasivo. Se vincula a la flexibilidad o estrechez cognitiva.

Procedimientos estadísticos

En lo que concierne a la comparación entre grupos se utilizó un análisis de varianza o test-T. Para las comparaciones intragrupo (la razón eb, de Forma-Color y a:p) se empleó un test-T apareado. Las trayectorias laborales inestables y estancadas han sido combinadas en algunos cálculos con la intención de acentuar la diferencia entre éstas y el grupo de trayectoria laboral estable.

Sujetos

Los sujetos eran hombres y mujeres sin empleo que solicitaron participar en varios cursos de entrenamiento para empleos, organizados por las oficinas de empleo. De un grupo total de 517 personas se eligieron todos los sujetos entre 30 y 50 años de edad. Los criterios de exclusión fueron: 1) estar pensionado, 2) ser ama de casa o 3) con insuficiente información acerca del historial laboral, de manera que el grupo a estudiar contó con 285 sujetos. Los datos demográficos son presentados en la Tabla 1.

Tabla 1.
Edad, sexo, educación y tiempo sin trabajar de los sujetos.

		Todos		Mujeres		Hombres	
		N	%	N	%	N	%
		285	100	116	40.7	169	59.3
Edad	Media	39.6		39.9		39.4	
	D.T.	5.3		5.1		5.5	
Educación	Media años	11.9		10.7		12.8	
	D.T.	3.2		2.8		3.3	
Sin trabajo	Media*	7.3		6.8		7.6	
	D.T.	5.7		5.5		5.9	

* Duración en meses en el momento del examen

RESULTADOS

El análisis de la trayectoria laboral

Se encontró que 232 sujetos (81.4%) habían tenido una trayectoria laboral estable, 20 (7%) inestable y 33 (11.6%) estancada, durante el período de cinco años previos al desempleo actual.

Con fines comparativos se analizó un grupo de 21 buscadores de empleo entre 26 y 53 años de edad, que no solicitaron cursos de entrenamiento y por lo tanto fueron denominados solicitantes pasivos de trabajo, con los mismos criterios utilizados en el grupo de estudio. De estas personas el 29% fue identificado como habiendo tenido una trayectoria laboral estable, 14% inestable y 29% estancada. (Alrededor de un 10%

había estado fuera de la fuerza laboral y en el 19% de los casos la información disponible para la clasificación fue insuficiente).

Los aspectos psicológicos

El *malestar experimentado* fue estudiado por medio de la base de la experiencia, el eb. La Tabla 2 indica que el lado derecho del eb tenía un valor mayor que el izquierdo, ambos en todo el material. La diferencia tuvo su valor numérico mayor en el grupo de trayectoria laboral estable y el valor más bajo en el inestable.

Tabla 2.
Las razones eb, FC:CF+C y a:p en los grupos de trayectorias laborales estable, inestable y estancada y total.

Razones	Grupos de trayectorias laborales			
	estable S=232	inestable S=20	estancada S=33	Total S=285
razón-eb	0.8:1.9	0.7:1.4	0.6:1.4	0.8:1.8
diferencia/D.T.	-1.1/1.7	-0.7/1.4	-0.8/1.7	-1.0/1.7
P	***	*	**	***
FC:CF+C	1.4:1.0	1.4:1.2	1.0:1.2	1.3:1.1
diferencia/D.T.	0.4/1.7	0.2/1.3	-0.2/1.7	1.2/1.7
P	**	n.s.	n.s.	**
razón a:p	1.3:0.7	1.3:0.7	0.8:0.6	1.3:0.7
diferencia/D.T.	0.6/1.5	0.7/1.3	0.2/1.2	0.6/1.5
P	***	*	N.S.	***

Nota. *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Además, en relación con las trayectorias laborales los lados izquierdo y derecho del eb fueron examinados por separado. Asimismo se testó la significación de las diferencias entre el grupo de trayectoria laboral estable y una combinación de los grupos inestable y estancado (Tabla 3). El lado derecho del eb que de hecho se refiere al malestar subjetivamente experimentado, tuvo el valor mayor en el grupo de trayectoria laboral estable. La variación fue estadísticamente significativa.

Tabla 3.
El malestar en los grupos de trayectoria laboral estable, inestable y estancada indicado por el eb izquierda, el eb derecha y el es.

	Grupos de trayectoria laboral								p (1) - (2+3)
	estable (1) S=232		inestable (2) S=20		estancado (3) S=33		(2+3) S=53		
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	
ebizquierda	0.8	1.0	0.7	0.9	0.6	0.9	0.6	0.9	n.s.
eb derecha	1.9	1.5	1.4	1.1	1.4	1.2	1.4	1.2	*
es	2.6	2.0	2.1	1.5	2.0	1.4	2.0	1.4	**

Nota. *p<.05 **p<.01

Respuesta afectiva. El Sistema Comprehensivo incluye varias variables que pueden ser revisadas para analizar las repuestas de los sujetos al afecto. Aquí se emplearon dos, la razón Forma-Color y las respuestas de espacio, S.

La modulación de las emociones fue definida por medio de la razón Forma-Color. La Tabla 2 indica que la media del lado izquierdo fue significativamente más alta que la media del lado derecho en el grupo de trayectoria laboral estable y en todo el material. El lado derecho tuvo un valor mayor en el grupo estancado, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En cuanto a tendencias posiblemente opositoras, se revisaron las diferencias de las frecuencias medias de las respuestas S entre los tres grupos. A este respecto no se hallaron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 4).

Interés en el entorno social. El número de las respuestas H puras ofrece información acerca de los puntos de vista y actitudes hacia el entorno social. Se encontró que la frecuencia media de H pura fue significativamente mayor en el grupo de trayectoria laboral estable que en los grupos inestable y estancado (Tabla 4)

Tabla 4.
Las respuestas de espacio (S), de contenido humano (H), de movimiento humano (M) y de movimientos activos (a) y pasivos (p) comparados con las trayectorias laborales.

	Grupos de trayectorias laborales								p	
	estable (1) S=232		inestable (2) S=20		estancado (3) S=33		(2+3) S=53			(1) - (2+3)
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
S	0.8	1.0	0.9	1.4	0.6	0.7	0.7	0.7	1.0	n.s.
H	1.1	1.2	1.0	.09	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	*
M	1.9	1.8	1.8	1.6	1.1	0.9	1.3	1.3	1.3	**
a	1.3	1.3	1.3	1.3	0.8	0.9	0.9	0.9	1.1	*
p	0.7	1.1	0.6	0.8	0.5	0.8	0.6	0.6	0.8	n.s.

Nota. *p<.05 **p<.01

Razonamiento y flexibilidad cognitiva. Se estudiaron aspectos del razonamiento por medio de las respuestas de movimiento humano (M). En este estudio el número medio de las respuestas M fue significativamente mayor en el grupo de trayectoria laboral estable que en los sujetos que habían tenido una trayectoria inestable o estancada (Tabla 4).

La razón del número de respuestas de movimiento activo con respecto al número de respuestas de movimiento pasivo, a:p, se relaciona con la flexibilidad cognitiva. Según los números en la razón a:p se vuelven más discrepantes, los hábitos ideacionales tienden a ser más fijos y difíciles de cambiar (Exner, 1993). La diferencia menor fue encontrada en el grupo de trayectoria laboral estancada (Tabla 2).

En la evaluación individual los valores de a y p son generalmente revisados bajo la forma de la razón a:p. Para esta investigación los valores separados de a y p son presentados en la Tabla 4 en relación con los grupos de trayectoria laboral. La frecuencia media de las respuestas activas fue significativamente más alta entre los sujetos de trayectoria laboral estable que en el grupo combinado. La variación de las respuestas p no fue estadísticamente significativa.

DISCUSION

Los sujetos de este estudio transversal sólo fueron mujeres y hombres desempleados de 30 a 50 años de edad. De ellos 81.4% habían tenido una trayectoria laboral estable, 7.0% inestable y 11.6% estancada, durante un período de cinco años previos al comienzo del desempleo. El porcentaje de los sujetos que tuvieron una trayectoria laboral estable era muy alto. La explicación se pudiera encontrar en la situación del empleo que había empeorado rápidamente. Cuando el material de la investigación fue recolectado en 1992, la tasa de desempleo se hallaba alrededor del 16.3% (Ministerio del Trabajo, 1994) y solamente algunos pocos puestos de trabajo estaban disponibles, aún para personas experimentadas y competentes.

En el presente estudio se hipotetizó que todo el grupo de estudio mostraría síntomas de malestar experienciado. En la interpretación de la razón eb siempre se espera que el valor del lado izquierdo sea más alto que el valor del lado derecho. Un lado derecho elevado de esta razón indica experiencia de malestar (Exner, 1993); es lo que ocurrió en este material. Los resultados apoyaron la hipótesis. Esto estaba en la misma línea que hallazgos generales de investigaciones anteriores.

Asimismo se hipotetizó que la experiencia de malestar sería más marcada en el grupo de sujetos que habían tenido una trayectoria laboral estable que en los grupos inestable y estancado. La diferencia entre los valores medios del lado izquierdo y derecho de la razón eb fue mayor en el grupo de trayectoria laboral estable y el lado derecho del eb tuvo el valor más alto en ese mismo grupo. Exner (1993) señala en particular que «cada una de las cuatro variables incluidas en el lado derecho del eb se relaciona con experiencias afectivas irritantes que son creadas por situaciones de

demanda». La estimulación experimentada, es, que es interpretada como un indicador de estrés experimentado, también tuvo su valor más alto en el grupo de trayectoria laboral estable. Los hallazgos dieron apoyo a la hipótesis.

El control de las descargas emocionales fue analizado por medio de la razón Forma-Color. La base para interpretar la razón es que las respuestas FC se vinculan a una experiencia afectiva pasiva que ha sido controlada y/o dirigida por elementos cognitivos, mientras que las respuestas CF y C ilustran situaciones en las que el sujeto se ha inclinado más a ceder al estímulo afectivo (Exner, 1993). Los resultados no indicaron la presencia de problemas obvios respecto de la modulación de las emociones en el grupo de trayectoria laboral estable, en el que el valor izquierdo de la razón fue significativamente más alto que el lado derecho. En el grupo de trayectoria laboral estancada la razón apareció invertida, pero estadísticamente no significativa. Tentativamente se podría argumentar que en este grupo las emociones no parecían tan bien moduladas como en el grupo de trayectoria laboral estable.

El interés en el entorno social fue estudiado a través de la distribución de las respuestas H pura. Estas son interpretadas como basadas en el contexto de la experiencia real (Exner, 1993). La frecuencia media más alta de H fue hallada en el grupo de trayectoria laboral estable y la más baja en el grupo estancado. Este hallazgo podría justificar la conclusión tentativa de que los sujetos de trayectoria laboral estable generalmente se identifican con el entorno social y posiblemente con sus realidades de manera más madura que los sujetos pertenecientes al grupo estancado

En lo que concierne a los elementos de razonamiento, una frecuencia mayor de respuestas de movimiento humano o M, es interpretada como relacionada a una versatilidad del razonamiento mayor antes que menor (Exner, 1993). La frecuencia más alta de M fue encontrada en el grupo de trayectoria laboral estable. Con referencia a la noción de Exner (1993) se podría sugerir que un tipo de razonamiento exhaustivo y una capacidad para utilizar tácticas de demora sería más típico del grupo de trayectoria laboral estable que de los otros dos grupos. Una rigidez cognitiva, sugerida por la razón a:p, no se halla necesariamente en conflicto con este hallazgo.

Varios investigadores han concluido que existe una relación causal entre el desempleo y la mala salud mental (por ejemplo, LaHelma, 1989, 1992). La cuestión de causalidad no pudo ser examinada en el presente estudio. Las características que fueron halladas pueden haber sido rasgos de personalidad de los sujetos, pero en ellos el desempleo pudo haber tenido una influencia.

Los hallazgos de este estudio pueden ser generalizados a los clientes adultos desempleados de las oficinas de empleo finlandesas cuando las condiciones de desempleo son exacerbadas. Los hallazgos muestran que los buscadores de trabajo en paro, y especialmente aquellos

que han experimentado empleos estables en su propia ocupación u oficio, necesitan apoyo individual al planificar su formación y trabajos futuros. La ansiedad y el malestar no son siempre detectados con facilidad debido al control cognitivo del cliente. El consejero debe ser capaz de evaluar el estado mental, cualificaciones y la situación vital lo más correctamente posible a fin de ser capaz de elegir las medidas y el «timing» más adecuado para ella o él. El Zulliger en combinación con el Sistema Comprehensivo ofrece una herramienta para la evaluación de estos aspectos.

BIBLIOGRAFIA

- CARLSSON, A. M. & LEVANDER, S. (1993). The Rorschach method: The development from early systems for analysis and interpretation to Exner's Comprehensive System. *Nordic Journal of Psychiatry*, 47, 203-208.
- EXNER, J. E. (1990). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System (3rd.ed.)*. Asheville: Rorschach Workshops.
- EXNER, J. E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol.2: Interpretation. (2nd.ed.)*. New York: Wiley.
- EXNER, J. E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol.1: Basic Foundations. (3rd.ed.)*. New York: Wiley.
- FRYER, D. & PAYNE, R. (1986). Being unemployed: A review of the literature on the psychological experience of unemployment. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 1986. Chichester: Wiley.
- LAHELMA, E. (1989). Unemployment, re-employment and mental well-being. A panel survey of industrial jobseekers in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Suppl.*, 43, 1-170.
- LAHELMA, E. (1992). Unemployment and mental well-being: elaboration of the relationship. *International Journal of Health Services*, 22 (2), 261-274.
- MAHMOOD, Z. (1990). The Zulliger. *British Journal of projective Psychology*, 35 (2), 2-16.
- MATTLAR, C-E, FORSANDER, C., CARLSSON, A., NORRLUND, L. VESALA, P., ÖIST, A-S, & UHINKI, A. (1993). *The Zulliger: An Application of the Comprehensive System. The Content Structure in Finland and Sweden*. Turku: The Research and Development Unit of the Social Insurance Institution.
- MINISTRY OF LABOUR (1994). *Finnish Labour Review 171994*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- NYSSÖLÄ, K. (1992). Arvot ja työuran kehitys. *Työpoliittinen aikakauskirja*, 2, 10-14
- PULKKINEN, L. (1982). Self control and continuity from childhood to late adolescence. In P. B. Balter & O. G. Brim, Jr. (Eds.). *Life-span Development and Behavior*, Vol.4, 63-105. New York: Academic Press.
- PULKKINEN, L. (1989). Predictability of the length of educational routes and the development of career lines. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 33 (3), 203-214.

PULKKINEN, L. (1990). Young adults' health and its antecedents in evolving life-styles. In K. Hurrelmann & F. LÖsel (Eds.). *Health Hazards in Adolescence* (pp. 67-90). Berlin, New York: Walter de Gruyter.

SINISALO, P. (1986). Työvoimaura ja yksilön kehitys. *Työvoimaministeriön työvoimapolitiittisia tutkimuksia* 63. Helsinki.

UHINKI, A., MATTLAR, C-E, FORSANDER, C. & ALANEN, E. (1994). Ammatinvalintapsykologin Z-käsikirja Zulligerin ryhmätekniiikan käyttöä varten. Helsinki: Työministeriö työpoliittinen tutkimus 76.

WATKINS, C. E. JR. (1991). What have surveys taught us about teaching and practice of psychological assessment? *Journal of Personality Assessment*, 56 (3), 426-437.

ZULLIGER, H. (1948). *Der Z-Test, ein Formdeutverfahren zur Psychologischen Untersuchung von Gruppen*. Bern: Huber.

ZULLIGER, H. (1954). *Der Tafeln Z-Test für Individuelle Psychologische Prüfungen*. Bern un Stuttgart: Huber.

ZULLIGER, H. (1969). *The Zulliger Individual and Group Test*. Fritz Salomon (Ed.). Translated by D. T. Dubrovsky. International University Press.

La relación entre el color y el afecto en el test de Rorschach

G. Callicó

RESUMEN

En este artículo se plantea la relación del color, como determinante en las respuestas del Test de Rorschach, y los afectos, intentando profundizar en esta relación. Se revisan distintas aportaciones de los autores más importantes que han estudiado el tema del color en el ámbito empírico y en el ámbito antropológico.

En general, se tiende a pensar que las respuestas de color en el test de Rorschach son los indicadores de los afectos. El objetivo de este trabajo es exponer diversos estudios que se han emprendido sobre el color y su relación con el afecto, para poder profundizar más en la comprensión de esta relación. Se revisan las aportaciones de distintos trabajos empíricos sobre este tema y estudios antropológicos realizados en distintas culturas sobre los sentimientos que despiertan los colores y en especial el color rojo.

Rorschach (1921) reconoce que el hecho que los influjos cromáticos sobre la percepción puedan considerarse como exponente del grado de excitación afectiva, constituye por ahora un concepto que aun está lejos de satisfacer las exigencias de la lógica científica. También se plantea por qué en determinados casos, los colores no se incorporan al conjunto de la percepción y si es posible que en estos casos se encuentre debilitada la sensibilidad para éstos. Ello significaría, por ejemplo, que todos los melancólicos padecen en cierto modo de ceguera al color. De hecho, frecuentemente, los sujetos melancólicos declaran que creen verlo todo gris, afirmación que no parece que tenga solamente un sentido figurado; por el contrario, los maníacos destacan la particular brillantez de los colores que contemplan. No obstante, entre la ceguera cromática y la tendencia a verlo todo gris han de existir diferencias fundamentales, ya que sino los sujetos afectados de ceguera cromática serían afectivamente anormales.

Otra pregunta que se hace Rorschach (1921) es si, en ocasiones, los colores son percibidos pero reprimidos del complejo perceptivo, y si existe algún parentesco biológico, genético o anatómico entre el substrato de las sensaciones cromáticas y el substrato de los afectos, o si la eliminación de los colores solamente es un proceso sintomático, una consecuencia secundaria de ciertas transformaciones del substrato afectivo. En este

sentido, Rapaport (1946) señala al respecto que ningún estímulo cae en el vacío, sino que todos son recibidos por un complicado sistema perceptivo, que es estructurado y dirigido por intereses y necesidades básicas del organismo, modificados por la experiencia de un pasado lejano y conjugados por la experiencia de un pasado reciente.

Rorschach (1921) considera que existen íntimas relaciones entre los colores y los afectos, de ahí la analogía que hacemos cuando de una persona de ánimo melancólico decimos que todo lo ve negro, mientras que de una persona de humor alegre decimos que todo lo ve de color de rosa. El negro es el color del duelo, aunque otras culturas manifiesten su duelo con otros colores. Tampoco es posible imaginar una fiesta alegre sin colores. En general, parece que los colores arrastran a las personas hacia la extratensión, siempre que su actividad no se encuentre totalmente mermada como es el caso del melancólico o del flemático.

Por otra parte Schachtel (1943), después de revisar a fondo la obra de Rorschach y la literatura posterior, afirma que podemos considerar que las respuestas al color son, en general, los representantes de los afectos, y que su frecuencia constituye una buena medida de labilidad afectiva. No obstante, no hay que olvidar que las respuestas de color no son idénticas a la percepción del color, y que no siempre el color supone un valor significativo para el sujeto. Para que se produzca una respuesta de color no es suficiente que el color haya estado notado, sino que la susceptibilidad del entrevistado hacia el impacto del color ha de superar un cierto umbral; cuando esto ocurre el color se convierte en un determinante.

Los afectos impactan a las personas, implicando una postura de pasividad por parte de éstas, el sujeto es impulsado a hacer esto u lo otro, es afectado por este u otro sentimiento. Justamente este aspecto de pasividad es lo que Rapaport (1946) considera que tienen en común la percepción del color y las experiencias afectivas, así como la dirección en que la persona es afectada visualmente por el color, o emocionalmente por la situación de afecto despertado. Esta estructura y actitudes parecidas entre la percepción del color y la experiencia del afecto proporcionaría la clave para entender la razón de la correlación encontrada entre las respuestas de color y los afectos.

En cambio, Shapiro (1960) cuestiona esta correlación entre el color y los afectos, ya que en algunas experiencias clínicas esto no se confirma. Por ejemplo, en estudios sobre esquizofrénicos crónicos, desórdenes psicopáticos o casos de narcisismo severo, podemos encontrar el color puro «C» o la denominación de color «Cn» sin ninguna evidencia que eso corresponda a ningún afecto. En el caso de los esquizofrénicos crónicos en los cuales encontramos respuestas C puras, éstas no pueden corresponder a una respuesta afectiva, ya que en ellos la afectividad está totalmente bloqueada. Por otro lado, la respuesta Cn de los casos orgánicos parece un contenido primitivo, inmediato pero sin ningún afecto. Tanto en un caso

como en otro, este tipo de respuesta C y Cn serían solamente una muestra de la desorganización psicológica y el deterioro de las funciones de control que justamente impiden las respuestas afectivas. En este sentido, Shapiro (1960) cree que para llegar a una comprensión de las respuestas de color es imprescindible el estudio de los procesos perceptuales implicados.

Exner (1974) tampoco está de acuerdo en que las respuestas de color estén siempre relacionadas con todos los afectos, ya que tienden a desaparecer en la depresión, un estado afectivo muy doloroso. No obstante, parece no tener en cuenta que, al menos en algunas depresiones, el número de respuestas acromáticas suele estar aumentado.

Schachtel (1943) opina que un particular sentimiento se conecta inmediatamente con la diversidad de colores; de ahí que los colores sean sentidos como excitantes o tranquilizadores, disonantes o armoniosos, chillones y llamativos o intensos y calmos, alegres o tristes, calientes o fríos, placenteros o monótonos, molestos y agitados o portadores de tranquilidad y concentración. Además, el color que rodea a la gente puede afectarla sin que incluso ésta se dé cuenta.

Rorschach (1921) también conocía la diferencia de los impactos de los distintos colores, así por ejemplo, que las personas que controlan las emociones muestran una preferencia por el color azul y el verde y evitan el color rojo.

En general, podemos constatar que el color rojo tiene una posición única entre los colores. El rojo es chillón, excitante, explosivo. La pasión y la excitación están emparentadas de una forma muy próxima con el color rojo, y pueden ser conectados con algunas variedades de afectos y sentimientos como el amor apasionado, la rabia ciega, la crueldad salvaje y la excitación histérica. El rojo es el color de la sangre, del fuego, ambos se encuentran relacionados simbólicamente con la alegría, el sexo y el amor, pero también con la destrucción, la rabia, la maldad y la muerte. El rojo es usado como un señal peligroso y como una luz de stop en el tráfico.

Charcot (1893), que estudió el acromatismo de las pacientes histéricas, observó que el orden en que los colores desaparecen es: violeta, verde, azul, y finalmente rojo. En opinión de Ellis (1900), esta persistencia del rojo en la histeria es únicamente un ejemplo de la predilección por este color, que con frecuencia ha estado notada de una manera muy marcada en los histéricos. Sin embargo, Schachtel (1943) cree que esta reacción al rojo de los histéricos es ambivalente y tanto pueden sentirse atraídos como rechazados por él. La reacción de excitación es debido a la ambivalencia que despierta el color rojo y puede consistir en pánico, agresividad o impulsividad. Es la respuesta al choque de la percepción del rojo, a la connotación de sangre, fuego y sexo. La profunda conexión en el inconsciente entre el color rojo y el sexo, y entre las tendencias destructivas y el sexo, son la razón de la reacción a la segunda lámina del test de Rorschach. Parece muy evidente que el rojo es siempre chocante, fuerte, vehemente,

peligroso a un nivel inconsciente, siempre fascinante y que llama la atención inmediatamente. En cambio, el azul es experimentado como un color frío y distante, el color del mar y del cielo, produciendo la sensación inversa al rojo. Así, por ejemplo, una habitación pintada de azul parece más grande que si está pintada de rojo. Esto parece ser el resultado de reacciones fisiológicas relativas al impacto de los distintos colores. Goldstein (1939) señala que el rojo causa gran atracción pero también distracción y deterioro de la ejecución, en cambio, el color verde favorece la ejecución en general.

La hiperestesia al color es siempre causada por una sobresensación del rojo, y muy raramente por otro color. También cuando nos encontramos con lo que se denomina proyección de color, es decir, dar una respuesta de color en una lámina donde no lo hay, el color que se integra es normalmente el rojo.

En un estudio realizado por Cerney y Shevrin (1974) sobre la relación de las respuestas dominadas por el color y la conducta explosiva, se deduce que los pacientes descritos clínicamente como explosivos tienen un tipo particular de respuestas común, en las cuales utilizan siempre el color rojo en sus contenidos explosivos o destructivos.

Bohm (1973) considera que los colores cálidos como el rojo, el naranja y el amarillo, implican cuando aparecen en el test, una mayor sinceridad y amabilidad que las personas que interpretan en sus respuestas los colores fríos como el gris, el azul y el verde, propios de naturalezas reprimidas, reservadas, con modales y distancias cultivadas.

Sin embargo, Shachtel (1943) señala que hay diferencias personales respecto a la cualidad y la intensidad del tono afectivo que despierta cada color. Estas diferencias son aún más considerables cuando comparamos gente de distinta cultura. En esta línea, los estudios antropológicos que se han emprendido sobre esta temática y que nos merecen especial atención son las aportaciones de Ellis (1900), las cuales corroboran que el rojo es el color que más atrae la atención y que provoca el máximo grado de choque emocional, pero sin que esto signifique que es el color más agradable, por el contrario precisamente su carácter chocante puede producir que sea considerado desagradable. En estudios realizados en otras civilizaciones, como en Nigeria, encontró que sólo hay tres palabras para los colores: rojo, blanco y negro, de manera que todo lo que no es blanco ni es negro se denomina rojo. Algunas tribus parecen que reaccionan sólo o principalmente al rojo. También es conocido que en las pinturas y esculturas griegas, los colores usados eran el rojo y el amarillo solamente, nunca el azul ni el verde, y según Plinio, en las primeras pinturas sólo aparecían diversas modalidades de rojos. Este fenómeno se mantiene también en la cultura antigua Mediterránea, incluyendo Egipto y Micenas. Goethe (1950) observó que el color amarillo y el rojo parecen penetrar con más intensidad dentro de la vista.

CONCLUSIONES

Frecuentemente en la interpretación de un protocolo de Rorschach se da por hecha la relación entre el color y el afecto, sin embargo si profundizamos más en el estudio de esta relación observamos que no siempre parece que se cumpla. Después de la revisión efectuada, nos atrevemos a extraer las siguientes conclusiones:

a) Aunque, en general, la mayoría de autores aceptan la hipotética relación entre el afecto y el color, ésta no es del todo clara, y parece que pueden haber algunas excepciones como hemos visto en el caso de las respuesta C pura y Cn.

b) Para que el color aparezca en las respuestas de un protocolo no basta seguramente con haberlo percibido sino que esta percepción tiene que haber superado un cierto umbral.

c) Un elemento común y subyacente a los afectos y los colores es la actitud de pasividad del sujeto que recibe el estímulo, éste queda impactado por los colores de la misma forma que queda afectado por los sentimientos.

d) Parece que la percepción de los colores así como su relación con los sentimientos que despiertan está muy ligado a factores culturales.

e) El color rojo es el color que más connotaciones despierta y el asociado a más estímulos.

BIBLIOGRAFIA

BOHM, E. (1973). *Manual de psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata.

CERNEY, M. & SHEVRIN, H. (1974). Relations between color dominated responses on the Rorschach and explosive behavior in a hospital setting. *Bulletin Menninger Clinic*, 5 (38), 430-444.

ELLIS, H. (1900). The psychology of red. *Popular Science Monthly*, 57, 365-375 y 517-526.

EXNER, J. (1974). *El sistema comprensivo*. Madrid: Pablo del Río editor.

GOETHE, J. W. (1950). *Faust II*. New York: Random House, The Modern Library.

GOLDSTEIN, K. (1939). *The organism*. New York: American Book Company.

RAPAPORT, D. (1946). *Diagnostic Psychological testing II*. Chicago: The Year Book Pub.

RORSCHACH, H. (1921). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Paidós.

SCHACHTEL, E. G. (1943). On color and affect. *Psychiatry*, 6, 393-409.

SHAPIRO, D. (1960). A perceptual understanding of color responses...*Rorschach Psychology*. New York: Wiley.

Gloria Callicó
Guipuzcoa, 29-33, ent. 7ª
08020 Barcelona

El significado psicológico de las diferentes variables del Rorschach. Una explicación para quienes se han formado desde el enfoque conductual-cognitivo. El determinante FM.

J. Fúster

RESUMEN

En lo que sigue sostenemos que son la similitud de las ideas, representaciones, sensaciones e incluso formas de actuar, que en virtud de una cultura común, tienen los diferentes sujetos con respecto a los conceptos a los que se refieren las variables del Rorschach (sobre el movimiento humano, sobre el color o la textura, etc, etc...), las razones por las que estarán presentes en las respuestas aquellas variables que, reflejando tal tipo de ideas, permitirán inferir, los rasgos (o estados) psicológicos que configuran la personalidad del sujeto analizado. Seguiremos con el estudio del movimiento animal (FM), desde el enfoque a que nos estamos refiriendo.

En la enseñanza del Rorschach a alumnos cuya formación ha seguido fundamentalmente la línea de la Psicología del Aprendizaje, se da un momento especialmente incómodo; es cuando al explicar el significado psicológico de las distintas variables surge la pregunta: *¿Por qué esa variable se relaciona con ese aspecto de la Personalidad? ¿Por qué la variable M (Movimiento Humano) se relaciona con la imaginación y los procesos de pensamiento; por qué el color lo hace con los afectos; por qué el claroscuro parece surgir en las situaciones disfóricas?...*

Cuando damos la respuesta, *porque así se ha demostrado empíricamente*, nos quedamos insatisfechos, porque, aunque sabemos que es cierto, que se ha estudiado, escrito e investigado mucho sobre el Rorschach y lo tenemos muy comprobado en nuestra propia experiencia como para dudarlo, realmente no responde al *por qué* de la pregunta.

Elo nos ha hecho reflexionar mucho tratando de buscar una explicación veraz y aceptable para quienes han sido formados en esa línea a la que antes nos hemos referido.

La afirmación de que determinados valores de las *variables* permiten inferir *rasgos* de personalidad de una forma claramente fiable, parece indicar que deben de existir *razones* para que así ocurra, de manera que pueda darse una explicación convincente, más allá de la mera praxis del Rorschach.

Al hablar de *variables*, nos referimos a cada una de las que se representan por un código distinto del Rorschach (localizaciones, determinantes...), cuando decimos *rasgo* (y también cuando después hablemos de *estados*) hacemos mención de forma muy amplia a los conceptos centrales

del modelo psicológico de atributos (Foms, Kirchner y Torres, 1991) y usamos los significados que da Exner a estos términos. Define al *rasgo*¹ como el *conjunto de elementos dominantes de la personalidad que da lugar a preferencias conductuales y a la reiteración en las maneras personales de responder en la vida* (1994, pág. 45); y dice al hablar de *estados* que, por el contrario, nos referimos a aspectos presentes, pero contingentes a ciertas condiciones estimulares *que pueden tener un efecto de inducción de nuevas conductas, que se añaden a las anteriores inclinaciones* (las generadas por los rasgos²), *o bien las sustituyen* (1994, pág. 51).

Buscando esas razones, analizamos la forma en que se originan y se presentan las respuestas a las manchas:

-En como se originan vemos que el sujeto compara lo visto en las láminas con sus "engramas preexistentes" (Rorschach, 1977), en una "acción de reconocer que remite a un conocer previo", (Marina, 1994), que requerirá, a su vez, un aprendizaje anterior.

-En la forma de presentarlas no podemos olvidar que el Rorschach se apoya constantemente en el manejo del lenguaje; las respuestas son verbales y los códigos a los que las traducimos surgen del análisis de las palabras que las forman.

Todo lo dicho supone una constante referencia a las bases culturales del sujeto, hasta el punto de que pensamos que es en función de la comunalidad de conceptos que suponen para los individuos esas bases culturales, en donde residen las razones que justifican esa correspondencia *fiabile* entre las variables y los rasgos, a los que nos referíamos.

Establecido ese punto de partida, queremos aclarar que al decir bases culturales no nos referimos a una cultura en particular, puesto que dentro de cada cultura hay infinidad de elementos que son supraculturales, es decir que afectan a todas o a la mayoría de las culturas. Lo que a nuestro juicio ocurre con el Rorschach, y una de sus mayores virtudes, es precisamente el que sus variables (las de la localización, determinantes, etc.etc.) son, sinó universales, sí claramente supraculturales³.

Esas bases culturales se aprenden a lo largo de la vida de los individuos, cuyas vivencias, en especial las de los primeros años, van aportando datos y enfoques con los que se va rellenando la consciencia individual. "Este aprendizaje experiencial juntamente con las disposiciones biológicas harán emerger los rasgos con los que claramente se mostrará la personalidad de cada uno" (Millon, 1994). Y lógicamente, en nuestras conductas posteriores influirá ese bagaje cultural, porqué... "las representaciones más fundamentales que tenemos de la vida son aquellas de las

¹ Al que también llama *hábitos o estilo de respuesta* (pág. 51).

² La aclaración es nuestra.

³ Dentro de estas variables, consideramos que son la Calidad ó Nivel Formal y consecuentemente las Respuestas Populares, las que más se pueden enraizar en una cultura concreta.

cuales ni siquiera tenemos consciencia y que hemos conservado de la época de la infancia" (Newman y Berkowitz, 1988).

Entre esas conductas posteriores está la forma en que cada sujeto responde al Rorschach. Allí se refleja su personalidad en todo lo que constituyen sus respuestas, en la elección de cada palabra, en el orden con que las compone para la formación de frases y, claro está, en el sentido que da a cada una de ellas, consecuencia de las representaciones con que figuran en su consciencia, en la que se han ido implantando con todas las raíces individuales y culturales a que nos hemos referido.

Por otra parte podemos observar que cada una de las variables del Rorschach constituye una *clase de palabras*, así, por ejemplo, las palabras *de pie, sentado, hablando, riendo...* en una respuesta, las clasificaríamos como de *Movimiento Humano*, y las de *rugir, volar, galopar...* como de *Movimiento Animal*. Dicho de otra forma, cada una de estas *clases de conceptos* abarcará a un conjunto constituido por los que tengan en común el significado de la variable de que se trata⁴.

En nuestra opinión las ideas que tienen los individuos sobre esos *conceptos de clase*, están aún más claramente influidas por lo cultural (como decíamos antes por lo supracultural). Así, casi todos los individuos tienen concepciones semejantes sobre el significado del color o el del clarooscuro, del movimiento humano, del animal, etc. etc. Por ejemplo, el relacionar la Textura (T) con el deseo de contacto afectivo interpersonal nos parece sencillo y común a todas las culturas, e incluso a varias especies, no solo la humana; recordemos sinó el *experimento del mono lactante* de Harlow y Zimmerman (1959) en el que el tiempo que estaba el mono con la madre sustituta de tela (con Textura), era extraordinariamente más largo que el que estaba con la madre sustituta de alambre (sin Textura), sin perjuicio de cual de ellas le proporcionaba la alimentación⁵.

En conclusión consideramos que, si pudiésemos conocer las ideas, en el más amplio sentido de la palabra, que desde ese enfoque supracultural tienen las personas sobre cada una de esas clases conceptuales que constituyen las variables del Rorschach podríamos mejorar considerablemente nuestro conocimiento del mismo y conocer las razones que justifiquen el que una variable concreta se refiera a un rasgo de personalidad, asimismo concreto.

Sería, a nuestro juicio, interesante estudiar cada una de las variables del Rorschach, para tratar de averiguar cuales han sido esos conocimientos previos, comunes a la inmensa mayoría por ser culturales, que justificaría la correspondencia entre la variable estudiada y los rasgos que de ella se puedan inferir.

⁴ En el ejemplo, las *clases* serían las formadas por palabras que se codificarían como M, o como FM respectivamente.

⁵ Nosotros consideramos sobre este determinante las diferencias socioculturales entre la población norteamericana y la española (Fuster, 1993).

Nosotros a partir de aquí vamos a tratar de considerar el determinante de Movimiento Animal (FM), desde el enfoque que hemos ido expresando.

Empezaremos viendo como varios autores conceptúan el determinante FM.

En primer lugar uno de los que más información ha dado al respecto, Bruno Klopfer (1954) señalaba:

"Las respuestas FM indican una consciencia de impulsos que tienden a una gratificación inmediata...Estos impulsos se derivan de las capas más primitivas o arcaicas de la personalidad, teniendo una base instintiva o bien habiendo sido adquiridos muy tempranamente en la vida del individuo en sus años preverbales o ambas cosas" (citado por Campo, 1988)

Posteriormente añadió:

"Cuando FM está presente en cualquier número considerable, los impulsos hacia la gratificación inmediata son percibidos con bastante facilidad. Esto no significa que necesariamente sean aceptados, sino solamente que el individuo se percata de su presencia. El número de respuestas FM es siempre mayor que M en la infancia, mientras que en adolescentes y adultos M es mayor" (Klopfer, 1956)⁶.

Y más adelante podemos leer:

"En contraste con M, FM representa la parte menos madura, menos consciente y a veces menos aceptable de los impulsos básicos de una persona. Refleja tanto la fuerza de esos impulsos como también la posibilidad de aceptación por parte del individuo. Estos son los impulsos que requieren una gratificación inmediata y por consiguiente necesidad de ser controlados. Si un individuo no da respuestas FM su interpretación será que el individuo tiende a reprimir sus impulsos más primitivos, probablemente porque son inaceptables para él". (Klopfer, 1977)

Endara (1967) cita a Piotrowski y Schachtel con respecto a la variable que estamos estudiando.

El primero dice que las FM representan:

1.— El papel prototípico de la vida del sujeto que influye sobre su comportamiento ostensible únicamente en los estados de integración deficiente o de disminución de conciencia con control defectuoso.

2.— Los roles vitales que fueron prototípicos en el pasado del sujeto, posiblemente antes del sexto año de vida.

3.— El grado aproximado de vitalidad física.

En cuanto a esos estados de integración deficiente, Piotrowski señala *los representados por la intoxicación alcohólica; luego por la ansiedad severa, terror súbito, fatiga extenuante, impulsos instintivos, inanición, hábito de drogas, etc.*

⁶ A este respecto Vera Campo (comunicación personal) agrega: en estudios geriátricos FM supera a M, que disminuye con la edad.

El segundo autor (Schachtel) indica que: "...las FM transparentan los impulsos más hondos de la personalidad".

Campo (1987) cita la crítica que este último realiza a Piotrowski respecto a que: "las respuestas FM expresan actitudes (o roles vitales) del pasado infantil del sujeto", diciendo: "...*todas* (el subrayado es nuestro) las actitudes presentes en una persona son usualmente producto de su pasado, particularmente de su temprana infancia".

Ames (1972) sostiene: "Las respuestas FM se considera que representan las tendencias naturales sin aculturizar". Así mismo coincide con Klopfer al decir: "A todas las edades, desde los 2 y 1/2 años en adelante los movimientos animales superan a los movimientos humanos⁷".

Esta última afirmación la comparte también la autora actual Rausch de Traubenberg (1979) que señala que: "En los protocolos de los niños pequeños las *kan* (kinestesia de animal) dominan sobre las *K* (kinestesia humana). Con respecto al significado de las FM dice: "...atribuir a las *kan* el significado de actitud afectiva infantil, infantil porque es captativa e instintiva y tiene poco en cuenta las exigencias del medio y las necesidades de adaptación. Tiene también el aspecto positivo de este infantilismo, es decir, refleja cierta espontaneidad y vivacidad de actitud, una capacidad de juego y una negativa a tomarse en serio."

Y finalmente Exner (1994) dice: "...tanto las FM como las *m* parecen relacionarse con la actividad mental provocada por estados de presión estimular. ...el proceso ideativo que correlaciona con esta variable (FM) tiene su origen en estados de insatisfacción de necesidades. En teoría sería el tipo de pensamientos no provocados que aparecen con mayor frecuencia cuando una persona no está pensando deliberadamente en algo que reclama su atención y requiere respuesta".

Hemos visto estos enfoques entre cuyos autores hay discrepancias, pero también un fondo de similitud suficiente como para permitirnos entender mejor el sentido de las FM y de lo que significa su presencia.

Diríamos que van ligadas a la percepción de esas necesidades básicas, muy primitivas, muy iniciales, muy exigentes de resolución y gratificación a corto plazo, más propias de ser manifestadas por niños que por adultos, que aún sintiéndolas saben hacerlas demorar, excepto, claro está, cuando disminuye su nivel de conciencia, puesto que entonces se les escapan.

De acuerdo con lo que sostiene Exner (1994), no creemos que se trate de formas primitivas de ideación, lo que creemos es que se trata de procesos de ideación que surgen como consecuencia de la presión de necesidades muy primitivas, básicas.

Nos parece también, de acuerdo con lo que dicen Piotrowski y Rausch

⁷ La muestra elegida por este autor abarca a niños, de ambos sexos, desde los dos hasta los diez años.

que la presencia de las FM se puede relacionar con lo que corrientemente se entiende por vitalidad.

La presión ideacional causada por esas demandas básicas, queda fuera de nuestro control (Exner, 1994), son pensamientos periféricos, surgen de por sí, fruto de la percepción de necesidades, incitándonos a actuar para satisfacerlas. Podemos decir que son un tipo de pensamientos que más que ser manejados por el individuo tienden a estimularlo a él. Inciden y desvían, o cuando menos debilitan la atención del objeto al que el individuo desea dirigirla, nos hacen perder concentración, entorpeciendo nuestros estudios, o la tarea que estemos realizando, porque actúan fuera del foco de nuestra voluntad. "Un ejemplo sería la actividad mental que mantiene despierto a alguien que pretende dormir" (Exner, 1994).

La presencia de respuestas de FM creemos que señala la de presiones internas dinamizadoras que nos van a incitar a actuar.

Con lo anterior hemos visto lo que significan las FM, lo que se infiere de su presencia. O sea hemos dado el paso desde la variable del Rorschach al rasgo que su presencia implica. Pero ¿Y el antes? ¿Que es lo que ocurre en el pensamiento de la mayoría, por no decir de todas las personas, cuando dan respuestas FM? ¿Cuál es la información que subyace desde esas bases culturales, o supraculturales, que nombrábamos al principio, con respecto al significado del movimiento animal?

¿Podemos presumir o intuir alguna razón que justifique el que la persona cuando «quiere expresar», seguramente de forma inconsciente, la presencia de esas necesidades básicas, dé una respuesta de movimiento animal?. O dicho en otras palabras ¿Por qué la presencia de esas necesidades básicas, que actúan sobre el sujeto, dan lugar a respuestas FM?

Exner (1994) dice: "...todas las respuestas de movimiento humano y no humano, implican algún tipo de proyección. Las manchas no se mueven. Por lo tanto al generar una respuesta de movimiento, el sujeto ha de crear mentalmente características que luego atribuye al campo estimular".

Y es la Proyección una de las razones que creemos que justifica que se formulen respuestas FM. Pero no la Proyección como mecanismo de defensa, sino considerándola en ese sentido más amplio en el que toda percepción significativa actual está fundada y organizada en las huellas mnémicas de todas las percepciones previas. Bellak (1944) dió el nombre de «*deformación perceptiva*» a ese «proyectar hacia afuera» lo que llevamos dentro. Proyectar en el que no suele haber intencionalidad, más bien lo que ocurre es que las presiones interiores provocadas por esas necesidades básicas, se le *transparentan* al individuo, y las refleja, sin querer, en sus respuestas.

Consideramos que esas necesidades básicas, citadas por los distintos autores, son muy elementales y pertenecen a los niveles más primitivos entre las demandas de las personas; pueden ser las de hambre, sed, sueño, miedo, rabia, deseo de protección y cobijo, sexo, etc. Pero además todas

ellas en la forma más pura, menos elaborada, tal y como consideramos que nuestra propia naturaleza, quizás fuera más explícito decir *nuestra propia instintividad*, las exige, las demanda.

Por otra parte, esas necesidades tan básicas en las personas son semejantes a las de los animales, o mejor dicho a las que consideramos que experimentan los animales. Como es lógico, no podemos realmente saber cómo los animales viven ese tipo de demandas; los hombres sólo conocemos nuestras propias vivencias, en realidad sólo conocemos las de cada uno; es el lenguaje el que nos permite aproximarnos a las de los demás y con los animales no disponemos de ese elemento común; pese a ello hemos construido una *imagen explicativa* de como son los animales y cuales sus formas de actuar y sus necesidades.

Pensamos que esa imagen explicativa, ese *conocer* como son los animales es muy similar para todas las personas, cualquiera que sea la cultura a la que pertenezcan. La relación del hombre con los animales es tan antigua como la humanidad misma y probablemente pervivan en nosotros, pese a la evolución, huellas instintivas que de forma más o menos consciente integramos en esa *imagen explicativa* con respecto a los animales a los que nos estamos refiriendo.

Lo que queremos decir con lo anterior, es que en todas las personas se da un aprendizaje capaz de construir con respecto a los animales y a sus acciones esa imagen explicativa, más que cultural, supracultural, hasta el punto de que podemos considerarla *arquetípica*⁸.

Que ese arquetipo lo relacionamos con nosotros cuando queremos expresar esa clase de acciones en los humanos, está muy claro si consideramos el lenguaje corriente en el que multitud de frases hechas lo atestiguan; como ejemplo veamos las siguientes: "*Tenía un hambre de lobo*". "*Dormía como un lirón*". "*Estaba rabioso como un perro*". "*Era cruel como un tigre*". "*Daba manotazos de oso*". "*Tenía una vista de águila*". "*Era ágil como un lince, pesado como un elefante, ligero como un pájaro, lento como una tortuga, corría como un gamo, saltaba como una pulga, etc.*"

Por lo tanto nuestra conclusión es que la persona «elige» dar respuestas de movimiento animal (FM), cuando percibe la presión de esas necesidades básicas a que nos estamos refiriendo, y ello porque las actitudes de los animales reflejan para todos el paradigma de la presencia de esas necesidades, constituyendo un acervo de huellas mnémicas comunes y universales. Insistimos, arquetípicas.

Podríamos añadir, además:... cuando percibe la presión de esas necesidades y *no «quiere» ocultarlas*... Sin embargo no queremos entrar en el tema de «ese querer ocultarlas», puesto que lo único que de momento nos

⁸ Damos a esta palabra el significado de "*Imagen o modelo primitivo*" e incluso el concepto de Jung de que los "*arquetipos corresponden a símbolos vivos en todos los tiempos y todos los pueblos*" (Dorsch, 1976, pág. 69).

interesa es el hecho inicial: Que existe, en todos los individuos, una base de conocimiento común, supracultural, que los fuerza a dar respuestas de movimiento animal cuando sienten las demandas del tipo de las que nos estamos refiriendo, porque el estímulo de las manchas del Rorschach remueve en ellos huellas mnémicas asociadas a movimientos animales -FM- que son la más clara representación de esas sensaciones, deseos impulsos y/o necesidades.

Dicho lo anterior, creemos que quedan, dos puntos a considerar:

—Primero: ¿Por que el determinante de movimiento animal -FM- tienen ese significado y no lo tiene el contenido animal -A-?

Tenemos que volver a referirnos a la carga proyectiva de las respuestas de movimiento (Exner, 1994) a que nos hemos referido antes.

Es esa proyección que hace el sujeto ante la mancha la que da lugar a que ese aspecto de la respuesta, el determinante FM, suponga una vivencia mucho más intensa, un mayor compromiso que el necesario para el mero contenido A.

De hecho, y en general, sin entrar en las respuestas de calidad formal negativa (con gran carga proyectiva), ni en simbolismos, diremos que moviéndonos como lo hacemos solo a nivel de la psicología cognitiva, pensamos que la percepción de un animal en el Rorschach puede hacerse simplemente como algo que se ve, o que se *reconoce* y se nombra; como algo ajeno al sujeto, como algo que puede no afectarle, ni representarle apenas.

Cuando el individuo se involucra, cuando se compromete y por lo tanto sí que se representa en la respuesta, es cuando como dice Exner "crea mentalmente características (de movimiento) que luego atribuye al campo estimular".

—Segundo: ¿Por qué las necesidades básicas se representan por las respuestas FM y no por respuestas M, en las que expresamente se citen esas necesidades?

Volviendo a eso que «todos» hemos aprendido, a lo que para «todos» significan los actos de las figuras humanas; encontramos que existe una definición que pesa constantemente en la diferenciación entre los humanos y los animales, es la de: *El hombre es un animal «racional»*. Consideramos que esto también constituye una imagen universal, arquetípica. Por lo tanto y aunque nos encontremos con respuestas del tipo de: *Una persona comiendo, o durmiendo, o corriendo, o peleando, o gritando, etc.* hemos de pensar que el componente de racionalidad subyace siempre en la respuesta, o dicho de otra forma, que, cuando un probando da una respuesta de este tipo, posible tanto para las personas como para los animales, en la que el *sujeto de la oración* es una persona, la idea de racionalidad acompaña siempre al *verbo, que indica la acción*; aunque al formular la respuesta no sea consciente de ello.

Mientras que el comportamiento animal está esculpido por el estímulo-

lo, como decía Skinner y según los "especialistas en psicología animal, los animales son esclavos de su campo perceptivo" (Marina, 1994), la percepción de los humanos *va más allá de la información dada, de forma que percibir es asimilar los estímulos dándoles un significado* (Marina, 1994). Por eso cuando decimos un animal comiendo, solo significa eso, sin aditamentos, sin complejidades, en un acto primitivo, elemental, necesario, para el que el animal no tiene ni tan siquiera libertad, porque como dice Marina (1994): "El estímulo es el rey. La carrera del ciervo dirige la carrera de la pantera". En cambio si hablamos de una persona comiendo, surgen ligados al concepto comiendo el de gula, el de preferencias, el de la posibilidad de demorarlo, de forma que en ese acto cuenta la voluntad, no solo la necesidad y pierde la inmediatez que había en aquel.

Por todo lo dicho insistimos en que ante el deseo, la necesidad, o la presión de esas actividades básicas en su forma más primitiva y menos racional, ante las ambiguas manchas del Rorschach, el sujeto recurrirá a las imágenes de esos seres de los que todos tenemos una imagen arquetípica, según la cual actúan de esa forma, básica, elemental, instintiva, sin capacidad de demora, y que son los animales, dando respuestas FM, que, como decía Klopfer "representan necesidades que corresponden a la etapa preverbal o instintiva". A fin de cuentas, las necesidades que se refieren al aspecto animal del animal racional.

⁹ Como dice Klopfer (1954, pág. 256) "*La percepción de figuras animales no implica la empatía sugerida por la percepción de figuras humanas*".

BIBLIOGRAFIA

- AMES, L., LEARNED, S., METRAUX, R.W., WALKER, R.N. (1972). *El Rorschach Infantil (2a Edición)*. Buenos Aires: Paidós.
- BELLAK, L. (1944). The concept of projection. *Psychiatry*, 7, 353-370. Citado en ANDERSON Y ANDERSON (1976). *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico*. Madrid: Rialp.
- CAMPO, V. (1988). *Los niños y el Rorschach*. Valencia: Promolibro.
- DORSCH, J. (1967). *Diccionario de psicología*. Herder: Barcelona.
- ENDARA, J. (1967). *El Test de Rorschach. (2a Edición)*. Buenos Aires: Editorial Científico Medica.
- EXNER, J. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo. Volumen I: Fundamentos Básicos*. Madrid: Psimática.
- FORNS, M., KIRCHNER, T., TORRES, M. (1991). *Principales modelos de evaluación psicológica*. Barcelona: L'estudi d'en Llop.
- FÚSTER, J. (1993). Porque T o no T en el Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 39-44.
- HARLOW, H. y ZIMMERMAN, R. (1959). Affectional responses in the infant monkey. *Science* 130, 421-432. Citado en WHITTAKER, J. (1970). *Psicología (2a Edición)*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- KLOPFER, B., AINSWORTH, M.D., KLOPFER, W.G., HOLT, R.R. (1954-1970). *Developments in the Rorschach Technique (3 vols.)*. New York: World Book Company.
- KLOPFER, B. (1977). *Manual Introductorio a la Técnica del Rorschach*. Buenos Aires: Paidós.
- KLOPFER, B. y SPIEGELMAN, M. (1956). *Developments in the Rorschach Technique*. New York: World Book Company.
- MARINA, J.A. (1994). *Teoría de la inteligencia creadora (5a Edición)*. Barcelona: Anagrama.
- MILLON, T. y EVERLY, Jr., G.S. (1994). *La Personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- NEWMAN, M. y BERKOWITZ, B. (1988). *Como ser el mejor amigo de tí mismo*. Barcelona: Urano-Emece.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1979). *La práctica del Rorschach*. Madrid: Pablo del Río.
- RORSCHACH, H. (1977). *Psicodiagnóstico (7a Edición)*. Buenos Aires: Paidós.

Jaime Fuster
Avda. de Campanar, 39, 1ª
46009 Valencia

CONFERENCIA INAUGURAL DEL CONGRESO. Proceso psicósomático y personalidad: consideraciones desde las técnicas proyectivas temáticas

A. Avila¹

La amable invitación que me hace la organización de este XIII Congreso para que les hable sobre la consideración de los trastornos psicósomáticos desde el punto de vista de las técnicas proyectivas, sufre en esta exposición tres recortes: el posicionamiento sobre la naturaleza y dinámica del acontecer psicósomático, los procesos psicológicos que suelen observarse en estos pacientes, y finalmente las evidencias que desde las técnicas temáticas y en particular del T.A.T. pueden aportarse a esta problemática.

Recordaré también que Nina Rausch de Traubenberg se extendió sobre este tema para una variedad de técnicas en el Congreso Internacional de Rorschach y M.P. que se celebró en Barcelona en 1984, primero de los congresos de técnicas proyectivas en los que presenté trabajos, en aquella ocasión un apunte del estudio normativo español con el T.A.T. Mucho se ha dicho ya sobre psicósomática y psicodiagnóstico proyectivo, por lo que no pretenderé originalidad, sino esbozar una perspectiva crítica de lo ya dicho, introduciendo algunas ideas sobre el pensamiento y discurso temático del sujeto con riesgo de enfermedad psicósomática. Entremos en materia.

Naturaleza y dinámica del acontecer psicósomático

Partiremos de abordar la clásica distinción entre la *conversión histérica* y las *reacciones psicofisiológicas*, base de los trastornos psicósomáticos en sentido estricto. Esta puede realizarse según diferentes aportaciones. La Escuela de Chicago (Alexander y colaboradores) fue la primera en pronunciarse:

1) Los síntomas de conversión se expresan principalmente a través del sistema sensorio-motor voluntario; mientras que las reacciones psicofisiológicas serían el resultado de la descarga del S.N. autónomo.

2) Los síntomas de conversión expresan simbólicamente una pulsión, un afecto inconsciente, mientras que en la reacción psicofisiológica no existe tal simbolización.

¹ Catedrático y Director del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Avenida de la Merced, 109-131. 37005-SALAMANCA (ESPAÑA). Fax (9)23-294607; E-Mail: avil@gugu.usal.es

3) La respuesta psicofisiológica es el acompañamiento somático de un afecto e impulso, consciente o inconsciente, acompañamiento que puede dar lugar por su intensidad y duración, a la disfunción de determinados órganos o sistemas, pudiendo llegar a provocar, cuando se hace crónico, lesiones irreversibles en el órgano sobre el que se asienta.

Pero estas diferencias no son tan netas como pudiera parecer por su descripción clínica. Ciertos signos y síntomas que tradicionalmente han sido característicos de la histeria de conversión (p.e. vómitos y náuseas) dependen de alteraciones del S.N. autónomo. De igual manera las respuestas psicofisiológicas pueden también ser entendidas, al igual que las reacciones de conversión, como *comunicaciones no verbales y simbólicas*, expresadas en un lenguaje de los órganos.

Las manifestaciones clínicas con componente orgánico y base neurótica se caracterizan, en general, por su peor respuesta a las psicoterapias, si se las compara con la clínica neurótica común. Estos son los pacientes que describimos como genuinamente *psicosomáticos*: los casos con más clara modulación ambiental (asma, úlcera gastro-duodenal o hipertensión), pero también otros que implican disfunciones más profundas como la colitis ulcerosa, colon irritable, insuficiencias hepato-biliares, alopecias, incluso cánceres, etc.

La psicopatología contemporánea ha clarificado los criterios que permiten deslindar los modernamente denominados trastornos somatomorfos (trastorno de somatización; trastorno de conversión) de la enfermedad física para la que se reputa el componente psicossomático. Habría también que considerar la cuestión de la Hipocondría y de los Trastornos por Dolor, así como de los límites entre Trastorno Facticio, Simulación, Histeria, Trastorno Disociativo (p.e. Py y Consolli, 1989), pero en esta ocasión lo dejaremos al margen para centrarnos en la distinción principal: Trastorno Somatomorfo vs. Trastorno Psicossomático.

Características distintivas del trastorno somatomorfo según DSM-IV (y CIE-10):

La nosología contemporánea ha matizado la distinción entre la Histeria y la Conversión, a través de la formulación de una serie de criterios, que deben estar presentes para que pueda reputarse de genuino el trastorno (véase el Cuadro 1):

Cuadro 1. *Trastorno de somatización (F45.0; 300.81)* [Histeria, Síndrome de Briquet]

1. Historia de múltiples síntomas físicos, con inicio antes de los 30 años, persiste varios años² y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

² Si supera 6 meses puede considerarse al menos el *Trastorno de Somatomorfo indiferenciado* [F45.1, 300.81]

2. Se constatan todos los criterios siguientes, que se manifiestan en cualquier momento de la alteración:

2.1 Cuatro síntomas de dolor: historial de dolor con al menos cuatro zonas o funciones del cuerpo (p.e. cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, torax, recto, durante la menstruación, acto sexual, micción...)

2.2 Dos síntomas gastro-intestinales: historial de dos síntomas gastro-intestinales distintos del dolor (p.e. Nauseas, vómitos [no en el embarazo], diarrea, intolerancia a alimentos)

2.3 Un síntoma sexual: historial de un síntoma sexual o de la función reproductora, excepto el dolor (p.e. indiferencia sexual, disfunción erectil o eyaculatoria, menstruación irregular, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo...)

2.4 Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado al dolor (p.e. síntomas de conversión [alteración de la coordinación visomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones]; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

3. Una de estas dos características:

3.1 Tras un examen específico adecuado ninguno de los síntomas identificados en el paciente en el criterio 2 puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de la ingesta de una sustancia (drogas o fármacos)

3.2 Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que habría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

4. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (trastorno facticio y simulación)

El Trastorno de Conversión (Cuadro 2) aparece como un caso particular o focalización del Trastorno de Somatización, en torno a disfunciones sensoriales o motoras voluntarias que sugieren un trastorno neurológico o médico. Veamos los criterios que deben cumplirse:

Cuadro 2. Trastorno de conversión (F44.x, 300.11)

Variantes / Códigos:

- .4 Con síntoma o déficit motor
- .5 Con crisis o convulsiones
- .6 Con síntoma o déficit sensorial
- .7 De presentación mixta

A. Uno o más síntomas o déficits que afectan a las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación)

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requiere atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Una vez trazada la pintura de la Histeria, y su variante de Conversión, vamos a ocuparnos ahora de las características distintivas de la patología psicósomática.

Características distintivas de la patología psicósomática.

Ruiz Ogara (1989) y Alonso (1994) subrayan algunas características distintivas de la personalidad psicósomática: a) *Lesionalidad orgánica*: disfuncionalidad orgánica, mantenida o reiterada, generalmente a nivel autonómico-visceral; b) *Autonomía del síntoma*: facilidad con que su curso se halla separado de los acontecimientos de la vida «exterior» e «interior» del sujeto; c) *Estilo de las resistencias*: más fuertes en los enfermos psicósomáticos. Los conflictos no son evidentes, y se dificultan más los sentimientos que unen su enfermedad y la problemática psicológica; d) *Carácter desvinculante de la realidad*: el enfermo psicósomático niega la relación adulta con la realidad; manipula los materiales biográficos que resultan distorsionados por la racionalización; e) *Refractariedad* al tratamiento terapéutico. El porcentaje de *abandonos*, sobre todo en las primeras sesiones, es mayor entre los pacientes psicósomáticos que entre los neuróticos; y f) *Gravedad*: desde el punto de vista orgánico, estos cuadros comportan una gravedad inusual, si se les compara con los neuróticos.

Lo *psicósomático* se instituye cuando una serie de factores hacen su aparición y condicionan el curso de los acontecimientos. Así, lo psicósomático quedaría *troquelado* cuando se diese la convergencia de todos o de la mayor parte de los rasgos citados, aunque algunos de ellos aparezcan también en neuróticos caracteriales o esquizoides acentuados. Lo *histérico* se sitúa en otro nivel *expresivo*, con otra estructura de *enfermedad* y de personalidad básica, aunque es cierto que en algunos casos podemos observar el *tránsito* de un trastorno histérico a un trastorno psicósomático, así como también el solapamiento en un mismo paciente de ambas manifestaciones clínicas.

Más cercano al terreno psicósomático parece estar la gran variedad actual de cuadros que con una base neurótica, depresiva, se expresan

episódicamente y aparecen acompañados de un notable componente angustioso, recibiendo el calificativo de *somatizaciones*, componentes que hemos citado a la hora de describir el Trastorno Somatomorfo. La borrosidad entre estos límites merece ser considerada caso a caso. Sami-Ali ha señalado que hay una doble correlación positiva y negativa que rige todo lo psicósomático: una correlación positiva entre proyección y somatización, que da lugar en la conversión histérica a una psicopatología «por exceso de lo imaginario»; y una correlación negativa entre proyección y somatización, que culmina en una patología somática no conversiva, por «falta de lo imaginario» (1991, p. 29)

Desde la Psicología (psicoanalítica o no) se han efectuado también acercamientos relevantes, en términos de procesos y rasgos, que merecen ser destacados.

Procesos psicológicos, pensamiento y discurso en los pacientes psicósomáticos

Ciertos «constructos» psicológicos han sido invocados frecuentemente como relevantes para la descripción y comprensión de los factores implicados en los Trastornos Psicósomáticos. Al tiempo son el soporte de buena parte de las variables susceptibles de ser «medidas» por los tests psicológicos, entre ellos los instrumentos proyectivos. Consideraremos así los «constructos» de la Alexitimia y el Pensamiento Operatorio, y su operativización en procesos descritos ya en los estilos de respuesta a las técnicas proyectivas, en particular el T.A.T.: Mentalización, Estilo represor, Renuncia a la fantasía, Hostilidad intropunitiva, Expresión verbal de los afectos, Responsividad emocional, Fracaso en el afrontamiento del estrés ambiental, Imagen corporal, entre otros.

Alexitimia

Alexitimía es un vocablo griego que significa «Ausencia de palabras para expresar las propias emociones», cuya utilización en psicósomática debemos a Sifneos (1973) quien quiso expresar a través de este concepto las características cognitivo-emocionales de los sujetos que producían síntomas psicósomáticos. En consecuencia se asume la hipótesis de que las emociones no expresadas a través del lenguaje simbólico se expresan a través del simbolismo somático produciendo el síntoma psicósomático. Se puede considerar la alexitimia un factor predisponente de la enfermedad psicósomática, pero también un factor pronóstico en la evolución de las enfermedades crónicas, y también como indicador negativo de respuesta terapéutica, al implicar una desorganización de la actividad simbólica normal.

Es un fenómeno más acusado en los hombres que en las mujeres.

Keltinangas Jarvinen (1986) documenta este fenómeno en un estudio de prevalencia de la alexitimia, que arroja un claro predominio de estas características en varones. Los sesgos culturales asociados al género en cuanto a expresión de los afectos no deben quedar muy lejanas de la explicación de estas diferencias.

Las características psicológicas de la Alexitimia, considerada síndrome, han sido propuestas por García-Esteve, Nuñez y Valdés (1988) eludiendo las bases psicoanalíticas del concepto:

—Dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas

—Dificultad para localizar las sensaciones del propio cuerpo

—Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas (Sujetos Robot con existencia mecanizada, que eluden el contacto interpersonal)

—Sujetos rígidos con escasa mímica y parcos en movimientos corporales. No gesticulan apenas al hablar, se sientan de manera rígida y no modulan la voz.

—Complementariamente (Henry y Stephens, 1977) han sido descritos como relatores de síntomas físicos irrelevantes, tensión, irritabilidad, frustración, aburrimiento, agitación y nerviosismo; sorprendente ausencia de fantasía y descripción elaborada de detalles triviales; dificultad para escoger palabras adecuadas para describir sentimientos; entre otras.

Taylor y Doody (1985) proponen considerar la Alexitimia más como un «Rasgo» que como un estado. Estos autores compararon el contenido de vocabulario emocional de 5 láminas del TAT, a través de las 'Escala de Vocabulario Afectivo (AVS)' y de las 'Escala de Análisis de Contenido de Gottschalk-Gleser (GGCAS)' en dos muestras, una de 20 pacientes psicósomáticos (10 con Colitis Ulcerosa y 10 con Enfermedad de Crohn) y 20 pacientes neuróticos. Sus resultados confirmaron que la expresión verbal de los afectos y el recurso a la fantasía está más limitado en los pacientes psicósomáticos que en los neuróticos.

Pensamiento Operatorio

En el marco de la denominada Escuela Psicósomática de París se acuña el concepto de Pensamiento Operatorio (Marty y M'Uzan, 1963) para describir un estilo de pensamiento concreto, restrictivo, carente de fantasía y simbolismo, asociado a un lenguaje minucioso y detallista de los acontecimientos, que sería característico de la Personalidad Psicósomática. Una importante característica del pensamiento operatorio es que puede servir de mecanismo de defensa frente a las latencias psicóticas. El paciente psicósomático no es capaz de lograr regresiones profundas lo que de alguna manera podía acercarle al psicótico. El pensamiento operatorio constituiría una defensa contra la desorganización. Es destacable en este punto el

concepto de «labilidad psicosomática» en el psicótico, propuesta por P. Aulagnier.

A pesar de la desorganización mental que se instala en la vida operatoria, de la desaparición de la estructura yoica y la estructura defectuosa de la primera tópica, permanecen ciertos rasgos de carácter estables.

—Relaciones objetales acusadamente carentes de afecto

—Pensamiento operatorio caracterizado por ser exageradamente pragmático y descriptivo, carente de subjetividad y sin afecto.

—Alexitimia o dificultad extrema en describir los estados emocionales

—Normalidad psíquica aparente, con buena adaptación social sin síntomas neuróticos o de carácter.

—Tendencia a gesticulación corporal o facial, manifestaciones sensorio-motrices inespecíficas, quejas de dolor físico ante situaciones de estrés psíquico que darían lugar normalmente a síntomas neuróticos.

—Inercia de las asociaciones, con respuestas coartadas y terminales, escasa elaboración del relato y omisión de detalles dramáticos o dolorosos.

A los que se puede añadir:

—Incapacidad de elaboración onírica

En consecuencia, consideraremos el Pensamiento Operatorio un constructo más abarcativo y explicativo, que la Alexitimia, que aparecería así como un componente complejo para dicha condición. La posición de la escuela de París puede revisarse y completarse a la luz de las categorías propuestas por Sami-Ali para pensar lo somático:

1. Cuerpo real / cuerpo imaginario
2. Sentido primario / sentido secundario del síntoma orgánico
3. Imaginario (proyección) / Banal (ausencia de proyección)
4. Función psicosomática constituida / función psicosomática en vías de constitución
5. Regresión / Imposibilidad de Regresión
6. Síntoma neurótico o psicótico (formación simbólica) / equivalente orgánico de un síntoma neurótico o psicótico
7. Represión lograda / represión fallida
8. Represión de un contenido imaginario / represión de la función de lo imaginario
9. Impasse superado (psicosis) / Impasse no superable (somatización)
10. Causalidad líneal / Causalidad circular
11. Somatización reversible / Somatización irreversible
12. Pasaje de lo psíquico a lo somático / pasaje de lo somático a lo psíquico (1991, p. 28)

Para Sami-Ali lo imaginario determina positiva y negativamente todo el funcionamiento psicosomático, proponiendo 3 modalidades de somatización, en las cuales se anudan cada vez de un modo diferente la relación con lo imaginario: lo *figurado* o fracaso de la represión, propio del

modelo freudiano de la somatización; lo *literal* y lo *neutro* combinados, o éxito de la represión asociado a la patología de la adaptación; y las tres opciones alternando cuando se oscila entre represión fallida y represión mantenida.

Tras una breve mención a los instrumentos de evaluación que se han generado para el proceso psicossomático, reconsideraremos todo esto desde las aportaciones de las técnicas proyectivas.

Los trastornos Psicossomáticos a través de las Técnicas proyectivas (en especial el TAT)

No podemos eludir hacer una breve reseña de los instrumentos de evaluación que se centran específicamente en los trastornos psicossomáticos. Los más destacables son:

Instrumentos globalmente relacionados con la indagación de lo psicossomático:

- Test de los Colores de Luscher (a través de su valoración del valor simbólico que la percepción de los colores de la noche y el día tienen para los sujetos)
- Somatic Inkblot Series* (SIS-I; SIS-II) (Dubey y Cassell, 1993)
- Tiempo de reacción
- Leary Projective Test of Behavior Tendencies*
- H.T.P. (principalmente el Arbol)
- Katathymes Bilderleben* (KB) (Experiencia de la lámina catatímica; de H. Leuner). Sachsse y Wilke (1987) lo han aplicado para estudiar en los pacientes psicossomáticos la corrección y compensación de déficits evolutivos en una relación terapéutica contenedora; pasando de lo simbiótico a la separación individuación.
- Patte Noire (L. Corman)
- Rorschach
- T.A.T., C.A.T. y derivados.
- T.R.O. de Phillipson

Instrumentos orientados específicamente al constructo de Alexitimia:

- Beth Israel Psychosomatic Questionnaire* (BIQ)
- Escala de Alexitimia del MMPI (y MMPI-2)

Instrumentos que evalúan indirectamente la Alexitimia:

- Archetypal Test with 9 Elements* (AT-Sub-9) (Demers Desrosiers et al., 1983) (La evalúa a través de las formas y grado de desorganización simbólica en los sujetos). (Donato, 1974)
- Affect Vocabulary Score* (AVC) (Taylor y Doody (1985) lo utilizan para comparar el contenido de vocabulario emocional de 5 láminas del TAT, evaluadas igualmente mediante las 'Escala de Análisis de

Contenido de Gottschalk-Gleser' (GGCAS), para dos muestras, una de 20 pacientes psicósomáticos (10 con colitis ulceroosa y 10 con enfermedad de Crohn) y 20 pacientes neuróticos.

Instrumentos que evalúan Hostilidad en el paciente psicósomático:
—*Hostility Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*

Las principales dificultades a resolver en el estudio de los trastornos psicósomáticos a través de las Técnicas Proyectivas, son la inespecificidad diferencial de los trastornos así como la inadecuación del procedimiento diagnóstico para aportar información relevante en ese registro. El nexo psicósomática-técnicas proyectivas se apoya en un conjunto de supuestos teóricos: el fundamento inconsciente de la enfermedad psicósomática, que eventualmente se revelaría a través de la proyección, tomada en sentido amplio.

Una parte importante de los acercamientos se han efectuado desde la lógica interna del test de Rorschach, y sobre una base empírica. Otros acercamientos más teóricos han postulado evocar la conciencia del propio cuerpo, distorsiones perceptivas corporales, ilusiones somáticas y conversiones. Se trata de las Series de Manchas de Tinta Somáticas (*Somatic Inkblot Series*) de Cassell (1980) en la que los estímulos sugieren partes del cuerpo, cuya más frecuente visualización (o represión) se asocia con patologías específicas. De propósito similar, el Test del dibujo del interior del cuerpo (Tait y Ascher, 1955) que a partir de las técnicas de Goodenough o Machover busca identificar los conflictos somáticos.

Los ya mencionados conceptos de Alexitimia (Sifneos, 1973) y Pensamiento Operatorio (Marty, 1963) han aportado temáticas de investigación para las técnicas proyectivas, que parten de lo más general a lo más particular, bien en el concepto teórico, bien en la técnica de medida. Tres opciones se han apuntado ya frecuentemente (Tuset, 1990):

a) Investigaciones que tratan de demostrar la existencia de un perfil psicósomático característico para la clase de respuestas que evalúa una técnica proyectiva (p.e. Rorschach o TAT); Entre las variables que integrarían ese perfil en el Rorschach destacan (Bash, 1986; Beck, 1967; Melon, 1978):

Tipo vivencial (EB) coartado
Disminución de respuestas de movimiento (M+FM+m)
Disminución de las respuestas de color adaptativas /Afectos violentos (FC, CF+C)
Poca originalidad y espontaneidad / Yo vigilante (F+% elevado; X+%)
Rigidez del control formal / ausencia de respuestas complejas (Blends)

Aumento de las respuestas anatómicas (An)

Ausencia de contenido humano (H+ (H) + Hd + (Hd))

b) Investigaciones que aislan una o más variables proyectivas como patognomónica de un grupo clínico de pacientes psicossomáticos (p.e. Más respuestas An en el Rorschach de pacientes psicossomáticos con menor conciencia de enfermedad o peligro de muerte (Cassell, 1971). Exner (1986) lo plantea como un dato de preocupación por el cuerpo, etc. La confusión es casi siempre la resultante de tomar esta opción.

c) Investigaciones que pretenden identificar un perfil de variables en una determinada técnica proyectiva, que caracterice a un grupo clínico concreto de pacientes psicossomáticos (p.e. los asmáticos). A pesar de que la literatura de investigación en esta dirección es extensísima, predomina la impresión de que se trata de un planteamiento inadecuado, ya que las diferencias específicas en funcionamiento psicológico no se darán a nivel de las respuestas proyectivas.

Personalidad Psicossomática

Aunque la posición que sostenemos se acerca más a la propuesta de Sami-Ali (1991) quien dice que «lo que la somatización implica es menos el tipo de personalidad que la naturaleza del conflicto, el cual además no necesita articularse con una enfermedad psicossomática» (p. 12) no eludiremos exponer algunas vicisitudes de la idea de personalidad psicossomática. Tras un entusiasmo inicial apoyando la idea de una personalidad psicossomática para una variedad de trastornos, incluido el cáncer (p.e. Rassidakis et al., 1978), se ha llegado a un cierto enfriamiento.

La principal hipótesis considerada errónea ha sido indagar las variables de «Personalidad» para diferentes trastornos psicossomáticos. Sin negar ciertas regularidades que se observan a través de grupos cualificados de pacientes, no parece justificado proponer una personalidad para el asmático, otra para el ulceroso, etc... y menos aún pretender que las técnicas proyectivas serán sensibles para precisar esas diferencias. No se puede ir mucho más allá que identificar algunas variables que potencialmente integrarán el cluster psicossomático, en términos de disposición o labilidad psicossomática. Esta cuestión la abordan numerosos autores (Bash, 1986; Merceron et al., 1990; Lyketsos y Lyketsos, 1987; Debray, R.; 1984).

La aproximación a este problema desde el Rorschach ha sido sistematizada a partir de Exner, en torno a tres ideas:

—El Cluster de afecto (Exner, 1988)

Proporción FC:CF+C (Expresión controlada de los afectos vs. Afectividad menos controlada, más espontánea o impulsiva; descontrol, labilidad e impulsividad)

En los pacientes psicossomáticos hay predominio de CF+C (este fenómeno es normal hasta los 16 años)

Afr (Mayor o menor responsividad ante los estímulos emocionales)
Blends (Determinantes múltiples). Si es bajo, puede indicar constricción mental.

—Inhibición del mundo de la fantasía y empobrecimiento yoico. Las más importantes son: bajo M; baja Experiencia Actual EA=(M+Sum C); baja calidad formal (F+%); bajas respuestas de calidad formal bien vistas (X+%); Lambda superior a 1.0 (indica constricción emocional)

—Tendencia a la contención afectiva y a la preocupación corporal
Respuestas An; Respuestas C' (color acromático: restricción de la contención afectiva, expresión de afecto, pero solo interna)

Esto implica considerar que aunque no existe esa especificidad de personalidad para cada trastorno psicossomático, no por eso carece de interés estudiar procesos de personalidad en el paciente psicossomático. Debray (1984) utilizó el TAT para evaluar los procesos psicológicos en 20 pacientes adultos con diabetes mellitus, corroborando esa inespecificidad de las variables de personalidad en el diabético, pero demostrando que la evolución de la enfermedad y mejor pronóstico del tratamiento están influenciados positivamente por un sistema defensivo neurótico y negativamente cuando la pobreza de los mecanismos neuróticos es la característica principal.

Un apunte original en esta temática lo aportó Rassidakis et al. (1976) estudiando la estructura de la personalidad de 26 ancianos griegos (70 años o más) que no habían sufrido trastornos psicossomáticos. El perfil mediante una variedad de instrumentos psicológicos -entre ellos el TAT- no puede ser más optimista: tuvieron padres longevos que no tuvieron trastornos mentales, se casaron y tuvieron hijos, desarrollaron sus profesiones con vigor e imaginación, fueron activos en su comunidad, puntuaron ligeramente alto en las normas para adultos de mediana edad en actividad, creatividad y habilidad para establecer relaciones humanas fácilmente; mantenían un excelente contacto con la realidad; eran vitales, tenían intereses y no estaban atrapados por mecanismos de defensa neuróticos. Siempre introversivos, mostraban tener un aparato psíquico típico de los adultos jóvenes o al inicio de la madurez. En contraste los sujetos de la misma edad con trastornos psicossomáticos o físicos, mostraban un perfil bien diferente.

Mentalización

Entre los conceptos relevantes al proceso psicossomático que se evalúan mediante las técnicas proyectivas está la «Mentalización». La *Mentalización* se define como un proceso pre-consciente caracterizado por el número, variedad y fluidez de las representaciones mentales. Se basa en el concepto freudiano de «Representación mental», las cuales desempeñan una función protectora contra el sufrimiento y conflicto intrapsíquico.

Bacque (1992) utilizó el Rorschach y el TAT para evaluar la cualidad

y nivel de la Mentalización en las producciones de pacientes con Apnea del sueño, Leucemia y Depresión, que pueden generalizarse a los pacientes psicósomáticos, confirmando la deficiente mentalización en estos pacientes.

Represores / No represores

La hipótesis de que hubiera dos variedades de trastornos psicósomáticos asociados a estilos represores y no represores ha sido tradicionalmente investigada con el TAT (Sommerschild y Reyher, 1973): fundamentalmente a través de la debilidad de la represión y niveles de represión. Las distinciones aportadas por Sami-Ali de Represión lograda vs. fallida, así como la diferenciación entre represión de un contenido imaginario y represión de la función de lo imaginario, abren nuevas vías para pensar esta cuestión.

Renuncia a la fantasía / Rechazo a la imaginación

Se trata de un proceso descrito por diferentes investigadores producto de la acción de mecanismos de defensa primitivos tales como la Negación y la Escisión, y que se caracteriza en las producciones temáticas por la pobreza de contenido y deficiente expresión lingüística, escasa implicación emocional y falta de originalidad. Este estilo de vida restringido permitiría evitar el sufrimiento psicológico y limitarlo a la relación con el cuerpo.

Cabras et al. (1983) han comparado los protocolos de TAT de 15 pacientes neuróticos con los de 15 pacientes con colitis ulcerosa, observando que sobre un patrón característico común en cuanto a los temas producidos, lo que hacía diferir a los dos grupos de pacientes era su manera de desarrollar los temas, que en el caso de los ulcerosos se ajustaba al descrito síndrome de Renuncia a la fantasía.

La importancia de este proceso ya había sido apuntada por Keltikangas-Jarvinen et al. (1982) cuando demostró a través del análisis de las respuestas a diversos tests, entre ellos el TAT, que los pacientes con prostatitis crónica podían agruparse en cuatro síndromes (descritos factorialmente) de personalidad patológica: Estructura psicósomática, Alexitimia, T. Límite y T. Narcisista, también que todos ellos mostraban un funcionamiento pregenital interpretable en términos de trastorno de las relaciones objetales tempranas. El factor común a las cuatro variedades de personalidad fue el defectuoso desarrollo de la fantasía.

Hostilidad Intropunitiva

El fracaso del TAT en discriminar condiciones psicósomáticas ha sido presentado en algunos estudios que se centraron en ésta variable. Indira y Murthy (1977, 1979) compararon un grupo de 28 pacientes psicósomáticos

con elevada punitividad e hostilidad intropunitiva con 14 normales de baja punitividad, sin que pudieran evidenciarse diferencias significativas en el TAT en las variables de Culpa u Hostilidad. Solo el HDHQ permitió diferenciar los niveles de punitividad e intrapunitividad.

Imagen Corporal

Guaraldi et al. (1990) están entre los que han dedicado sus esfuerzos a establecer los indicadores de los procesos de construcción y distorsión de la imagen corporal en los sujetos con alteraciones psicósomáticas (niños y adolescentes), utilizando para ello el TAT, DAP y PIC, entre otros. La distinción y articulación entre cuerpo real y cuerpo imaginario nos permite utilizar estas categorías en el análisis de las producciones temáticas.

Lenguaje - Expresión verbal de los afectos

Algunos estudios apuntan a que los pacientes psicósomáticos tienen un vocabulario emocional más limitado que los neuróticos en general (Taylor y Doody, 1985), característica que aparece asociada a la capacidad para fantasear. Los pacientes psicósomáticos tienen tanto un repertorio verbal más limitado para expresar las emociones, como una capacidad de fantasía más reducida.

Entre los estudios clásicos en este campo están los de von Rad, Lalucat y Lolas (1977) y von Rad y Lolas (1977). Compararon las producciones verbales ante el TAT, mediante el análisis de contenido, de 40 pacientes psicósomáticos y 40 psiconeuróticos emparejados en indicadores sociodemográficos. Confirmando el constructo de Alexitimia, los sujetos psicósomáticos mostraron un pobre recurso a la fantasía y dificultad de expresar sus sentimientos. En el plano del lenguaje utilizan menos palabras para desarrollar la historia temática; utilizan el pronombre «Yo» con menos frecuencia en las entrevistas; dejan más frases incompletas gramaticalmente; utilizan menos secuencias verbales; menos palabras cargadas de afecto; menos verbos auxiliares. Salvo en el plano formal las variables TAT no permitieron diferenciar a los grupos.

Responsividad / No responsividad ante las experiencias emocionales o demandas ambientales intensas

Greenwald (1984) corroboró que los pacientes con trastornos gastrointestinales tenían un «Estilo de respuesta» de alta Responsividad ante el ambiente, sobrevalorando las demandas, mientras que los pacientes dermatológicos mostraban una Responsividad mucho más reducida y enmudecían o silenciaban su responsividad ante las demandas y los afectos.

Incapacidad de afrontar el estrés ambiental/Cambios vitales estresantes

Baltrusch y Stangel (1981) mostraron la asociación entre los sujetos con procesos neoplásicos (Polycythaemia vera-PV) y el estar sometidos a ambientes con importante estrés psicológico que son incapaces de afrontar. A través del TAT, Rorschach y DAP se constatan perturbaciones de las relaciones objetales, depresión, sentimientos de desesperanza e inutilidad. Complementariamente los sujetos que han tenido una socialización infantil más temprana, mejor ajuste matrimonial y manejan mejor la agresión y la hostilidad, tienen mejor pronóstico en el desarrollo de la enfermedad neoplásica.

Búsqueda de actividad substitutiva

Korosteleva y Posokhov (1991) ha comparado las características de la estructura de la motivación de logro y el modo de respuesta a la frustración en dos grupos de pacientes jóvenes (16 neuróticos y 18 ulcerosos) y un grupo de control (entre 18-33). Entre las variables estudiadas, el Estado de Búsqueda de actividad se ha revelado como desempeñando un importante papel para la mejora de los trastornos psicósomáticos.

Indicadores psicósomáticos en el TAT

El TAT ha sido frecuentemente utilizado para el estudio del paciente psicósomático. Haré mención a algunos de los estudios más destacados:

—El estudio pionero en este campo es el de Bell, Trosman y Ross (1953) que compararon seis casos de úlcera gastro-duodenal con seis casos de diarreas persistentes. Las conclusiones más relevantes a la hora de discriminar a los grupos por sus respuestas al T.A.T. fue que no difirieron en el número de historias agresivas, pero los pacientes con diarrea produjeron significativamente más temas de reconciliación/perdón y castigo.

—Wasenberg (1955) aplicó una batería de tests, entre ellos el T.A.T. según el sistema de Eron (utiliza la valoración de tono emocional), para explorar la diferenciación psicósomática en tres grupos de pacientes mujeres (20 asmáticas, 20 con colitis ulcerosa y 20 con tumores malignos). Las conclusiones de Wasenberg no pudieron ser más desalentadoras: ni en el T.A.T. ni en ninguno de los otros tests hubo diferencias significativas intergrupos.

—De nuevo el T.A.T. fue utilizado para el estudio de la colitis ulcerosa (Rigatelli, 1981). En particular el T.A.T. se mostró útil para el estudio de los mecanismos defensivos, tipo de relaciones de objeto y características alexitímicas.

—Inevitablemente se ha puesto a prueba la diferenciación entre Tipo A y Tipo B: De Fourny et al. (1977) utilizaron el TAT con éxito para efectuar

esta discriminación, y encontraron evidencias de «pensamiento operatorio» o Alexitimia en los sujetos Tipo-A (utilizaron para la discriminación el Inventario de Personalidad de A. Lazare).

—Se ha investigado también con éxito la relación entre asma y alguna forma de disortografía, en 60 niños asmáticos, a través del estudio de sus relaciones de objeto, temas edípicos, rechazo materno y tensión entre la necesidad afectiva y la agresividad (Gatellier y Poirier, 1982) (la asociación entre ambas disfunciones en cuanto ruptura temprana de vínculos afectivos en la etapa oral).

—Se ha intentado clarificar el papel que los estilos defensivos tienen en el pronóstico del tratamiento y de la enfermedad física. Debray (1984) muestra la importancia de utilizar recursos neuróticos para el buen pronóstico de la diabetes.

—El T.A.T. ha sido también criterio útil para diferenciar «Estilos de respuesta» de Responsividad y No responsividad ante las presiones ambientales (afectos y demandas), en pacientes con trastornos gastrointestinales y dermatológicos (Greenwald, 1984; incluye respuestas características de los dos estilos).

—También para determinar el pronóstico de los pacientes con procesos neoplásicos (Baltrusch y Stangel, 1981). En esta temática Rassidakis et al. (1978) observaron entre los pacientes oncológicos la presencia significativa (respecto de los pacientes no cancerosos) de un conjunto de variables TAT: Auto-imagen pobre, padres rechazantes, inadecuación del Yo, culpa, ansiedad, inmadurez, defensas ineficaces, inexpresividad, indecisión, falta de realismo, pesimismo, dependencia, auto-destructividad y relaciones sexuales pobres.

En conjunto, las investigaciones llevadas a cabo con el T.A.T. en pacientes psicósomáticos no son muy numerosas aunque sí relevantes, y en todo caso características de lo esperable en este tipo de estudios. Las evidencias obtenidas y nuestros propios datos apuntan a aislar los siguientes indicadores:

Indicadores formales:

- Bajo número de palabras en las historias.
- Tiempo de reacción elevado, asociado a un índice de rapidez de elaboración bajo.
- Dificultades genéricas para ajustarse a la consigna y construir la historia.
- Dificultades con la consigna especialmente con los tiempos de pasado y futuro.
- Frasas gramaticalmente incompletas.
- Menos adjetivos y palabras que denotan emociones.
- Menos verbos auxiliares y que denotan sentimientos.
- Menos uso del pronombre «Yo».

Indicadores temáticos:

- Ausencia de emociones atribuidas a los personajes de las historias.
- Escasa o nula responsividad ante las presiones ambientales.
- Escaso o nulo contenido de fantasía (relatos eminentemente descriptivos) (Renuncia a la fantasía).
- Baja Mentalización.
- Estilo represor y pobreza general de los mecanismos neuróticos.
- Auto-imagen pobre.
- Relaciones inter-personales pobres y formalistas.

No se han observado diferencias consistentes asociadas a la producción [exceso o defecto] de temas concretos en las historias (p.e. enfermedad de los personajes). Ello indicaría, convergentemente con lo puesto de manifiesto en otras técnicas proyectivas, que lo que se puede detectar son las condiciones características del Pensamiento Operatorio y Alexitimia, pero no un conjunto definido de variables de suficiente potencia discriminativa como para diferenciar los protocolos psicossomáticos de aquellos otros que no lo son. Estaríamos en la dirección de rechazar tanto el constructo genérico de Personalidad Psicossomática y los específicos para ciertos trastornos (p.e. Personalidad del Asmático) al tiempo que constatamos la inviabilidad de «diagnosticarlo» de manera precisa, válida y fiable a través de las técnicas proyectivas. Defenderíamos sin embargo la utilidad de manejar indicadores de mejor y peor pronóstico de la enfermedad psicossomática, en función de los perfiles proyectivos (Rorschach y temáticos) que apoyen o descarten el funcionamiento operatorio y alexitímico. Los resultados que sí se han mostrado consistentes indican que aquellos pacientes psicossomáticos que en sus protocolos proyectivos y en otros indicadores de su conducta exhiben un funcionamiento operatorio y alexitímico tienen un peor pronóstico que los que no lo exhiben. De aquí se derivan también sugerencias interesantes para el tratamiento psicoterapéutico de estos pacientes, coadyuvante al tratamiento médico. La reducción de las condiciones alexitímicas y el funcionamiento operatorio se convierten así en foco de atención del tratamiento, y criterio de la evolución psicológica más favorable.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, U. (1994). Psicoterapia Psicoanalítica de los Trastornos Psicósomáticos, en A. Avila y J. Poch (comps.) *Manual de Técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*, Madrid: Siglo XXI Eds.
- ALEXANDER, F. (1950). *Psychosomatic Medicine. Its principles and applications*, Nueva York: Norton.
- AULAGNIER, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- AVILA ESPADA, A. (1986). *Manual Operativo para el Test de Apercepción Temática*. Madrid: Pirámide.
- AVILA ESPADA, A. (1990). *Fundamentos Empíricos del Test de Apercepción Temática*. Madrid: Copycentro.
- BACQUE, M. F. (1992). Mentalisation de la depression au Rorschach et TAT: Comparaison dans le cadre d'une maladie grave et d'un episode depressif majeur. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Methodes Projectives de Langue Française*, (36), 77-91.
- BALTRUSH, H.J. & STANGEL, W. (1981). Psychosomatic aspects of polycythaemia vera, *Psychiatria Fennica*, Suppl., 133-142.
- BASH, K. W. (1986). Psychosomatic diseases and the Rorschach Test. *Journal of Personality Assessment*, 50,(3), 350-357. Reimpreso en *Rorschachiana*, 20, 1995, 16-26.
- BECK, S.J. (1967). *Le Test de Rorschach*. Paris: PUF
- BELL, A., TROSMAN, H. & ROSS, D. (1953). The use of projective technique in the investigation of emotion aspects of medical disorders. II. Other projective techniques and suggestions for experimental desing, *Journal of Projective Techniques*, 17, 51-60.
- BOEKHOLT, M. (1993). *Épreuves Thématiques en Clinique Infantile. Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- BRELET, F. (1986). *Le T.A.T. Fantasme et situation projective*. París: Dunod.
- CABRAS, P.L., BENVENUTI, P., MARCHETTI, G. & ASTI, N. (1983). La rinuncia al fantastico. Studio mediante il Thematic Apperception Test (TAT) di un gruppo di pazienti con rettocoliti ulcerosa. *Medicina Psicosomatica*, 1983, 28 (2), 149-161.
- CASELL, W.A. (1971). Anatomical Rorschach responses and death symbolism. *British Journal of Projective Psychology*, 24 (1), 7-16.
- CHRISTODOULOU, G.N. (Ed.) (1987). *Psychosomatic medicine: Past and future*. New York: Plenum Press.
- DE FOURNY, M., HUBIN, P. & LUMINET, D. (1977). Alexithymia, «pensee opératoire» and predisposition to coronopathy, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1976-77, 27 (2), 106-114.
- DEBRAY, R. (1984). Organisations psychiques chez les diabetiques «insulino-dependants»: apport du T.A.T.. *Psychologie Française*, 29 (1), 101-103.
- DEMERS DESROSIERS, L. A., COHEN, K. R., CATCHLOVE, R. F. & RAMSAY, R. A. (1983). The measure of symbolic function in alexithymic pain patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39 (2), 65-76.
- DIAZ CURIEL, J. (1993). *Estudio de la Alexitimia en pacientes con artritis reumatoide juvenil: Evaluación a través del Rorschach*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid
- DONATO, R. (1974). Color in psychosomatic diagnosis, *Medicina Psicosomatica*, 19 (2), 139-145.
- DUBEY, B. L. & CASSELL, W. A. (1993). Some experience with the Somatic Inkblot Series, *British Journal of Projective Psychology*, 38 (1), 19-41.

- DUNBAR, F. (1965). *Medicina psicosomática y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires: Paidós.
- EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System, Volume I, Basic Foundations* (2nd. edition). New York: John Wiley & sons.
- GARCIA-ESTEVE, L., NUÑEZ, P. & VALDES, M. (1988). Alexitimia: análisis clínico y psicométrico de un concepto inicialmente psicoanalítico, *Psicopatología*, 8 (1): 55-60.
- GATELLIER, C. & POIRIER, M. (1982). Discussion d'un lieu entre l'asthme et la dysorthographe chez l'enfant. *Perspectives Psychiatriques*, 20 (5) 454-462.
- GREENWALD, D.F. (1984). Responsivity / non responsivity in psychosomatic disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (1), 40-51.
- GUARALDI, G. P., VENUTA, M., ORLANI, E., GHELFI, G. et al. (1990). Una metodica per lo studio dell'immagine del corpo in psicosomatica infantile. *Eta evolutiva*, (35), 85-96.
- HENRY, J.P. & STEPHENS, P. M. (1977). *Stress, Health and Social Environment*, Berna: Springer-Verlag.
- HOFF, H. & RINGEL, E. (1969). *Problemas generales de la medicina psicosomática*. Madrid: Morata
- INDIRA, S. N. & MURTHY, V. N. (1977). Hostility controls in psychosomatic illnesses. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 4 (2), 129-133.
- INDIRA, S. N. & MURTHY, V. N. (1979). TAT hostility and psychosomatic conditions. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 1979, 6 (1), 47-50.
- INGELMO FERNANDEZ, J., VAZ LEAL, F.J. & SILVESTRE GARCIA, M. (1984). Esterilidad psicosomática femenina: Una contribución a su estudio. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 12 (3), 185-191.
- KELTINANGAS-JARVINEN, L., ROUKOLAINEN, J. & LEHTONEN, T. (1982). Personality pathology underlying chronic prostatitis, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37 (2), 87-95.
- KELTINANGAS-JARVINEN, L. (1986). Concept of Alexithymia. I. The prevalence of Alexithymia in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44 (3), 132-138.
- KOROSTELEVA, I. S. & POSOKHOV, S. I. (1991). Psychological analysis of neurotic and psychosomatic disorders. *Soviet Neurology and Psychiatry*, 24 (3), 24-37.
- LOLAS, F. & VON RAD, M. (1977). Conducta verbal de los pacientes psicosomáticos y psiconeuróticos: Un estudio comparativo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 23 (2), 110-117.
- LYKETSOS, G. C. & LYKETSOS, C. G. (1987). Personality characteristics in psychosomatic illness, en la obra de G. N. Christodoulou (Ed.) *Psychosomatic medicine: Past and future*, New York: Plenum Press, 1987.
- MARTY, P. (1979). *El orden psicosomático. Los movimientos individuales de vida y muerte. Desorganizaciones y regresiones*. Valencia: Promolibro, 1995.
- MARTY, P. & DE M'UZAN, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychoanalyse*, 27, 345-356.
- MELON, J. (1978). Réflexions sur la structure psychosomatique et son approche a partir des tests de Rorschach et de Szondi. *Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Methodes Projectives* (31), 41-51.
- MERCERON, C., ROSSEL, F. & MATTHEY, M. L. (1990). La plainte douloureuse chronique et son approche psychologique a travers les techniques projectives. *Psychologie Médicale*, 1990; 22 (8), 681-686.
- PICHON RIVIERE, E. (1974). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Galerna.
- PY, C., CONSOLLI, S. & PATHOMIMIE, M. (1989). Du deuil impossible a l'équivalent conversif. *L'Évolution Psychiatrique*, 54 (4), 735-749.

- RASSIDAKIS, N. C., VOLIDOU, M. & ANANIDOU, E. (1976). Beyond the psychosomatic illness-continuum. *Transnational Mental Health Research Newsletter*, 18 (3), 1.
- RASSIDAKIS, N. C. et al. (1978). A contribution to the study of the personality of cancer patients: A preliminary report. *Transnational Mental Health Research Newsletter*, 20 (1), 10-12.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1986). L'utilisation du Rorschach et des methodes projectives en recherche en France, *Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Methodes Projectives*, (33), 93-99.
- RIGATELLE, M. (1981). A global psychosomatic study of 16 consecutive patients with ulcerative colitis, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35 (1), 22-33.
- RUIZ OGARA, C. & cols. (1989). *Estudios psicossomáticos: teorías y experiencias*. Granada: Publicaciones de la Universidad de Granada.
- SACHSSE, U. & WILKE, E. (1987). Die Anwendung des Katathymen Bilderlebens bei psychosomatischen Erkrankungen: Theoretische Überlegungen zu Erfahrungen in der Praxis. *Praxis der Psychotherapie und Pscxyhosomatik*, 32 (1). 46-54.
- SAMI-ALI (1987). *Pensar lo somático. El imaginario y la patología*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- SHENTOUB, V. et al. (1990). *Manuel d'utilisation du T.A.T. (Approche psychanalytique)*. Paris: Dunod.
- SIFNEOS, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- SOMMERSCHIELD, H. & REYHER, J. (1973). Posthypnotic conflict, repression, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 2 (2), 278-290.
- TAYLOR, G. J. & DOODY, K. (1985). Verbal measures of Alexithymia: What do they measure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43 (1), 32-37.
- TUSET, A. M. (1990). *Análisis de las respuestas al Test de Rorschach de un grupo de sujetos afectados de un primer infarto de miocardio*, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.
- VON RAD, M., LALUCAT, L. & LOLAS, F. (1977). Differences of verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28 (1-4), 83-97.
- WAXENBERG, S. E. (1955). Psychosomatic patients and other physically ill persons: a comparative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 19, 138-169.

Alejandro Avila
 Avda. de los Toreros, 67, 5º B
 28028 Madrid

Imagen corporal y adaptabilidad social en pacientes con neurofibromatosis

P. Pérez, J. De Felipe, J. Otero, B. Sanz, C. De la Torre, L. F. Yagüez y J. M. De Campo.

RESUMEN

Se presenta en este trabajo los resultados del estudio con Rorschach, MMPI, Test de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS), Test Gestáltico Visomotor (Bender), Bóberitag y Tests Proyectivos Gráficos, de una muestra de 21 pacientes de ambos sexos de edades comprendidas entre 15 y 45 años, diagnosticados de Neurofibromatosis tipo 1, derivados a la Unidad de Psicología Clínica desde el Servicio de Neurocirugía de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Como resultados más significativos señalamos: 1) Nivel de inteligencia dentro de la media normal. 2) No aparecen índices significativos de deterioro orgánico ni psicótico en sus funciones superiores. 3) La autoimagen y la vivencia del cuerpo aparecen como áreas más afectadas, que marcarían el punto de prioridad en una posible indicación psicoterapéutica.

La Neurofibromatosis clásica, es una enfermedad neurológica constitucional multisistémica que afecta principalmente al sistema nervioso, huesos, piel, y nervio óptico. Los tres síntomas específicos son: 1) neurofibromas que son tumores blandos múltiples distribuidos por todo el cuerpo, en piel y vísceras, 2) manchas café con leche en la piel y 3) nódulos de Lisch que son hamartomas en el iris que no dificultan la visión.

Se trata de una enfermedad genética que en el 50% de los casos viene definida por un patrón de herencia familiar dominante y el otro 50% se debe a la mutación de un gen «de novo», siendo en este caso el primer miembro de la familia que lo padece.

Con el término Neurofibromatosis (NF) se agrupan actualmente al menos dos modelos de enfermedades básicamente bien diferenciados desde el punto de vista clínico y genético: NF1 y NF2.

La NF1 arriba descrita, antes era denominada periférica y comúnmente conocida por la enfermedad del hombre elefante o de Von Reckinghausen. La NF2 (anteriormente denominada central y acústica bilateral) es menos común pero más incisiva que la NF1. El presente estudio ha sido realizado con pacientes de Neurofibromatosis tipo 1, que también es la de mayor incidencia (1 de cada 3000 nacimientos) según Rosner (1990).

Los pacientes afectados de escasa frecuencia pero de múltiples síntomas, requieren una atención multidisciplinar que tome en cuenta simultáneamente los aspectos clínicos, quirúrgicos y psicológicos (Pérez, 1992).

En la literatura consultada aparece como denominador común, la referencia a la NF como causa de retraso mental (entre el 5% y 8% de los pacientes) (Rosner, 1990; Varnhagen et al., 1988; Spaepen et al., 1992), y a dificultades de aprendizaje (entre el 40% y el 60% de los pacientes) (Aron et al., 1990; Riccardi, 1987; Ferner, 1992).

A la hora de explicar estos déficits cognitivos, la mayoría de los estudios han hecho hincapié en el «gen de la NF» como principal responsable de este retraso.

En otro grupo de estudios más minoritario los resultados encontrados han apuntado en otra dirección. Así Eldridge et. al. (1989), en un trabajo comparativo entre sujetos afectados y hermanos de estos sin la enfermedad, encontraron que, a pesar de tener una media intelectual inferior a la de los hermanos sanos (CIT=94 frente a CIT=105), esta media en ningún caso se sitúa dentro del retraso mental, sino que se encuentra en el nivel medio dentro de la población general.

Otros aspectos psicológicos que se han encontrado en los pacientes con Neurofibromatosis, hacen referencia a una actitud de sobreprotección por parte de sus familiares, especialmente por aquellos padres que son portadores del gen NF. Esta situación de sobreprotección puede estar muy relacionada con otro concepto descrito en estos pacientes; la inmadurez emocional o infantilismo (dysmaturity) (Riccardi, 1992), es decir cierta inmadurez psicosocial manifestada por pasividad, actividad social empobrecida, y excesiva dependencia de los que le rodean.

También tenemos que tener en cuenta que el rendimiento intelectual puede verse afectado por la presencia o no de «estigmas» como:

- los que afectan estructuralmente al cerebro: hidrocefalia, tumores cerebrales, etc.

- los que afectan al proceso de aprendizaje: como ausencias escolares prolongadas, retraso en el lenguaje, etc.

No hemos encontrado apenas referencias a las consecuencias derivadas del daño narcisista que las manifestaciones externas de la enfermedad causan en la imagen corporal y en la propia valoración del self (Anzieu, 1987; Bick 1968).

HIPOTESIS DE TRABAJO

Nos planteamos si una enfermedad de sintomatología externa tan llamativa, condiciona o influye en el desarrollo de la persona y si afecta más a los aspectos cognitivos o a los emocionales y a su adaptabilidad social.

METODOLOGIA

La muestra se compone de 21 pacientes, 9 hombres y 12 mujeres, con edades comprendidas entre los 15 y 45 años. Fueron diagnosticados de «NF Tipo 1» en la consulta de Neurofibromatosis de la Fundación Jiménez Díaz (Clínica de la Concepción) de Madrid y estudiados en la Unidad de Psicología Clínica como parte del protocolo multidisciplinar establecido.

El estudio psicológico se realizó a lo largo de cuatro sesiones a través de:

- Historia clínica estructurada.
- Tests Neuropsicológicos (Bender, Bobertag y la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos, WAIS).
- Batería de Tests Projectivos: Tests Projectivos Gráficos (HTP) y Rorschach.
- Cuestionario de Personalidad MMPI.
- Finalmente elaboramos un informe y realizamos la entrevista de devolución a los pacientes, indicando seguimiento terapéutico en caso necesario.

RESULTADOS

Aspectos intelectuales y proceso de pensamiento

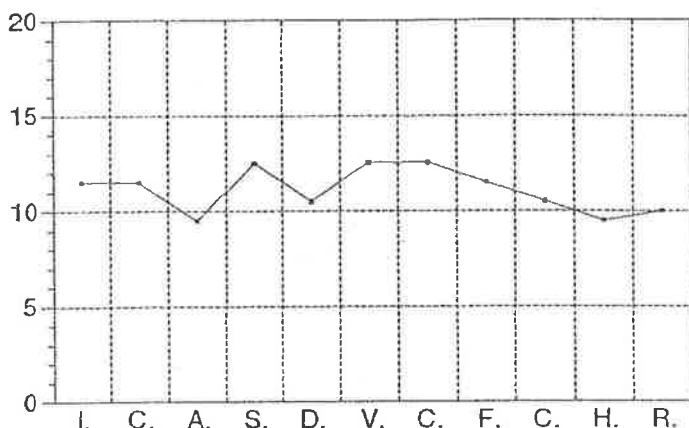
Aspectos Intelectuales

El nivel de rendimiento medio de los pacientes en la Escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS) (ver figura 1) corresponde a un CI Total 108, que está dentro de la media de la población general.

Figura 1.

Puntuaciones medias de los pacientes en el WAIS (puntuaciones entre 6 y 14)

WAIS



CIV:106 CIM:107 CIT:108

Ninguno de los pacientes valorados obtuvo puntuaciones inferiores a la media española, situándose tres de los casos en el nivel de inteligencia superior. No aparecen índices de deterioro orgánico, ni psicótico, ni existen diferencias significativas en cuanto a los factores manipulativos y verbales en el perfil intelectual de cada paciente.

Para valorar el potencial intelectual en el test de Rorschach (ver tabla 1) seleccionamos las variables DQ+, Zf y M, realizando una diferencia de medias a través de una t de Student con los datos normativos de Exner.

Tabla 1.

Diferencia de medias y proporciones de variables del Rorschach relacionadas con el potencial intelectual

VARIABLES	MEDIA	EXNER
DQ+	4,76***	7,31
Zf	10,15	11,81
M	1,69***	4,31
RELACIONES	SUJETOS	
DQ+>3	73%	
Zf>9	56%	
M>1	65%	
DQ+>3+Zf>9+M>1	38,4%	

*** (p<.001)

Encontramos los siguientes resultados: Diferencias significativas en DQ+ y M, (con un nivel de significación de p<.001). Aunque Zf es baja, la diferencia no es estadísticamente significativa. Sin embargo, como se observa en la gráfica, la proporción de DQ+ >3 se da en el 73% de los sujetos, Zf>9 en el 56%, y M >1 en el 65%, estas variables aparecen conjuntamente en un 38,4% de los protocolos, todo lo cual apoyaría la existencia de un potencial intelectual dentro de la media. Es decir, son capaces de diferenciar distintos segmentos del campo estimular, pueden establecer relaciones complejas, poseen suficiente capacidad de integración y síntesis. Por lo tanto el análisis del Rorschach descarta, igual que el WAIS, la existencia de déficit intelectual en los pacientes con NF1 estudiados en la muestra.

¿Por qué aparecen medias significativamente más bajas en nuestros sujetos que en la población estudiada por Exner?. En el Rorschach (tabla 2) son claros los indicadores de inhibición de potencial intelectual. 1) El número de respuestas es significativamente más baja (p<.001). 2) también el EA es significativamente más bajo (p<.001) y aunque la variable es aparece similar a la del grupo normativo, la proporción es del tipo EA<es, es decir, hay un déficit en los recursos para hacer frente al malestar interno,

aunque dicho malestar no es excesivo, 3) Además Lambda tiende a ser más alta. Los porcentajes de respuestas aparecen bajos en un 40% y la escasez de recursos es clara en el 73%.

Tabla 2.

Diferencia de medias y proporciones de variables del Rorschach relacionadas con la inhibición del potencial intelectual

VARIABLES	MEDIA	EXNER
R	14,38***	22,67
EA	4,15	8,83
es	7,07	8,2
Lambda	1,81 #	0,58
PROPORCIÓN	SUJETOS	
R (bajo)	40%	
EA>es	73%	

*** (p >.001) # (casi signif.)

Proceso de pensamiento

Con este término nos referimos a lo que Wenzl describe como «proceso psíquico que consiste en la comprensión y elaboración de significados, estableciendo relaciones y conexiones de sentido». Es decir, es un gran sistema que incluye diferentes subsistemas (sensorio-motriz, perceptivo-cognitivo, proceso simbólico) a través de los cuales el sujeto establece contacto y trata de adaptarse a la realidad.

Sirviéndonos de las variables que componen los clusters de «Mediación cognitiva» y de «Ideación» del Rorschach, así como de las respuestas dadas a las cuatro láminas del Bobertag, podemos concluir que: en todos los protocolos NF, tanto NF-1 como NF-2, el proceso de pensamiento aparece con buena organización gestáltica de los estímulos sin diferencias en edad ni en sexo, las respuestas están estructuradas de forma adecuada sin encontrar daños graves, ni fracturas en el pensamiento. En la mayor parte de los pacientes de más de 20 años, las respuestas son inicialmente adecuadas al nivel formal, pero muy cargadas emocionalmente, llegando al final del proceso de respuesta a resoluciones confusas y ambiguas. Su capacidad de comprensión y elaboración es por tanto buena, pero fácilmente interferida por los procesos emocionales. Únicamente en uno de los casos estudiados, (varón de 20 años NF-1) aparecen respuestas extrañas y bizarras próximas al curso de pensamiento psicótico, sin encontrar en ningún caso síntomas clínicos positivos.

Aspectos emocionales

Esquema Corporal

En líneas generales el concepto de esquema corporal puede definirse como la intuición global o el conocimiento inmediato de nuestro cuerpo, tanto en estado de reposo como en movimiento en función de la interrelación de sus partes y, sobre todo, de su relación con el espacio que le rodea. Este concepto tiene un carácter evolutivo. Va formándose lentamente en el niño desde el nacimiento hasta aproximadamente los 11 ó 12 años, dependiendo de la maduración del sistema nervioso y de su propia acción; del medio que le rodea y de las demás personas con las cuales el niño se va a relacionar, así como de la tonalidad afectiva de esa relación; y por último en función de la representación que se hace el niño de sí mismo y de los objetos de su mundo por relación a él.

En personas con algún tipo de déficit, se ha observado que éste parece incidir en el conocimiento que el sujeto tiene de su esquema corporal. Las posibles alteraciones dependerán de:

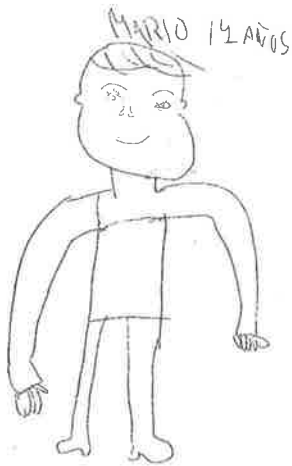
— La edad en la que aparece o se conoce la presencia de la enfermedad.

— La influencia de la intensidad y localización de la lesión.

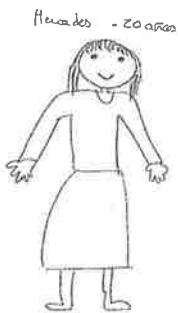
— La importancia que tiene en la afectividad y el hecho de vivir con familias en las que el sujeto sea aceptado y donde las relaciones cobren relieve (Ballesteros, 1982)

Al revisar los dibujos de la figura humana obtenidos en los protocolos de los Tests Proyectivos Gráficos (HTP) (ver figuras 2, 3, 4 y 5, representativos de los recogidos) observamos que en el 80% de los casos los protocolos se caracterizan por ser esquemáticos, empobrecidos de detalles, con trazos discontinuos o rígidos (no traslucen movimiento). En los relatos verbales, sin embargo, tienden a adornar los personajes dibujados de todo tipo de cualidades personales, pero sin referirse nunca al cuerpo o su vivencia. Por el contrario, la valoración de los aspectos corporales aparece como descalificada, poco importante o negada.

Estas preocupaciones relacionadas con el esquema corporal se aprecian también en los protocolos obtenidos del cuestionario de personalidad MMPI. Son significativas las puntuaciones en la escala de Hipocondriasis (HS): apuntan hacia quejas somáticas difusas y vagas preocupaciones por la salud. También aparece significativa la escala clínica de Histeria (HY) denotando cierta inmadurez emocional y con tendencia a síntomas conversivos que emergen frecuentemente en situaciones de tensión. Ambas escalas (Hipocondría e Histeria), pueden ser altas en pacientes como resultado secundario de la presencia crónica de enfermedad. En las Técnicas Proyectivas la vivencia angustiosa del cuerpo aparece con un índice más intenso de ansiedad, desde la perspectiva de lo latente. En cambio desde lo manifiesto aparece con un mayor control defensivo,



Figuras 2 y 3: Gráficos representativos de los protocolos obtenidos en la muestra (Paciente n.º 1 Varón de 18 años. La figura 2, realizada en primer lugar, es el varón)



Figuras 4 y 5: Gráficos representativos de los protocolos obtenidos en la muestra (Paciente n.º 2 Mujer de 16 años. La figura 4, realizada en primer lugar, es la mujer)

racional, yoico, como el que se establece en las respuestas del cuestionario MMPI. Al ser susceptible de un mayor control racional por parte del sujeto, las puntuaciones marcan niveles de angustia más bajos que los alcanzados en los Tests Proyectivos.

En otras palabras: el nivel de angustia en relación a la vivencia del esquema corporal es más elevado en lo latente que lo que el sujeto expresa en términos conscientes y manifiestos.

Autopercepción

Se entiende por autoimagen la visión que uno tiene de sí mismo. Constituye una representación compleja de las cualidades y los defectos que uno percibe sobre sí mismo. La autoestima tiene que ver más con el valor que se asigna a esta representación mental del sí mismo.

Para estudiar la autopercepción hemos tomado del Rorschach el índice de egocentrismo [$3r+(2)/R$], reflejos ($Fr+rF$), respuestas de forma dimensión (FD) y vista (FV, VF, V), las respuestas de contenido anatómico y radiografía ($An+Xy$) y respuestas mórbidas (MOR). Podemos destacar (ver tabla 3):

Tabla 3.

Diferencia de medias y proporciones de variables del Rorschach relacionadas con la autopercepción

VARIABLES	MEDIA	EXNER
$3r+(2)/R$	0,27**	0,4
$Fr+rF$	0	0,08
FD	0,53	1,16
An	1 #	0,42
Xy	0,15	0,03
MOR	0,76	0,70
V	0,30	0,26
PROPORCIÓN	SUJETOS	
$An+Xy$	53%	
MOR	53%	
$An+Xy+MOR$	38%	

**($p < .01$) *($p < .05$) # (casi sign.)

— El índice de egocentrismo es significativamente inferior respecto de la media. Igual ocurre con la variable FD. Estos datos concuerdan con lo que aparece en los Tests Gráficos; una baja autoestima, excesiva preocupación por el cuerpo, así como la dificultad para reconocer aspectos positivos en relación a ellos mismos.

— Aunque en el conjunto de la muestra las otras variables, (Fr+rF y MOR) se ajustan a lo esperado, sin embargo encontramos que:

— (An + Xy) aparecen en un 53% de los sujetos,

— respuestas mórbidas en un 53%

— y la suma de (An +Xy+ MOR) en un 38% de los casos.

Además, en el análisis cualitativo, son frecuentes las respuestas con contenidos crudos referidos al cuerpo como: «atropellado, desparramado, aplastado, espachurrado», etc. Son igualmente frecuentes las referencias al cuerpo como falto de límites precisos y de suficiente protección frente a las amenazas internas derivadas de la enfermedad: «cuerpo deforme... como deshaciéndose, como desorganizándose por dentro»; «dentro hay un peligro... un daño»; «maligno, sale de dentro, de debajo de la tierra/fuego», «cuerpo humano deformado, como de medusa, cuerpo que se escurre y se deforma». Este tipo de contenidos se alternan con otros de componente fóbico o fobo-paranoide como: «bichos asquerosos», «cabezas deformes». Esto nos hace pensar que los síntomas neurocutáneos de estos pacientes no sólo afectan a la imagen externa, sino que ponen en entredicho las funciones de contención, contacto, límite y protección propias de la piel (Anzieu, 1981), aumentando los sentimientos de inseguridad y las ansiedades foboparanoides frente a las cuales suelen recurrir como defensas a la evitación fóbica y a la negación.

Relaciones interpersonales y adaptabilidad social

Han sido estudiadas a través de las variables de contenido humano del Rorschach y del CDI.

La proporción de respuestas de contenido humano completo $H:(H)+Hd+(Hd)$ está alterada (ver tabla 4), aumentando los de contenido parcial y parahumano en el 78% de los protocolos; de éstos, en el 45 %, la proporción de contenido humano esta muy descompensada y en el 42 % este tipo de respuestas (de contenido parahumano y parcial) además viene acompañadas de calidad formal negativa o con determinantes múltiples muy cargados afectivamente.

Estableciendo una comparación de medias con los datos de Exner, encontramos que (Hd) es significativamente superior y que H es significativamente inferior, estos datos corroboran lo anterior.

En relación al CDI (ver tabla 5), aparece significativo en el 78.5 % $CDI \geq 4$ y asociado con el $DEPI \geq 4$ en el 53.5 % de los pacientes. La aparición

de estos dos síndromes combinados parece constituir una de las características fundamentales de la muestra.

Tabla 4.

Diferencia de medias y proporciones de variables del Rorschach relacionadas con las relaciones interpersonales

VARIABLES	MEDIA	EXNER
H	1,69***	3,40
(H)	1	1,20
Hd	1,30	0,69
(Hd)	0,69**	0,14
AdjD	-0,46*	0,20
PROPORCIÓN	SUJETOS	
H<(H)+Hd+(Hd)	78%	
MUYDESCOM.	45%	
FQ-	42%	

***($p > .001$) **($p > .01$) *($p > .05$)

Tabla 5.

Proporciones de variables relacionadas con las relaciones interpersonales y la adaptabilidad social

CLUSTERS	SUJETOS
CDI+	78,5%
CDI+DEPI	53,5%
AdjD<-1	26%
AdjD=0	74%
Ambiguales	53,4%
EA+es<4	60%

Observamos que el Dadj. es claramente negativo solamente en el 26 % de los casos. El 74% restante ofrecen un resultado de Dadj igual a cero.

La pregunta sería ¿Qué información ofrece la combinación de los siguientes datos?

- Dadj. igual a cero y es dentro de los valores de la población normal
- CDI significativo en 78.5% y EA significativamente inferior a lo esperado.

Esta combinación de datos no es muy usual en adultos, en niños podría ser mas fácil encontrarla, ya que en ellos los recursos se van elaborando poco a poco a lo largo del proceso evolutivo. En adultos estos datos hablarían de una alta vulnerabilidad crónica a la desorganización de la personalidad ante situaciones cotidianas de estrés.

Esta pobreza de recursos accesibles y la baja capacidad para organizar respuestas eficaces en relación a las demandas estimulares, nos hace pensar que los desajustes depresivos son consecuencia y no causa de su CDI. Se sienten con fuertes dificultades para adaptarse a las demandas sociales, prefieren no salir con la gente y reducir al mínimo sus posibilidades de contacto, lo que hace que su vida afectiva sea pobre y de tonalidades depresivas. Adoptan formas convencionales en el contacto, posturas pasivo-dependientes, o de tipo depresivo (todos los pacientes estudiados fueron derivados desde el Servicio de Neurocirugía, ninguno vino por su propia iniciativa, siendo después muy frecuentes las ausencias en las citas).

Por lo que de cara a una posible intervención terapéutica, nos planteamos que el principal foco de conflicto sería el relacionado con el CDI de donde se derivarían los rasgos depresivos.

CONCLUSIONES

1.— En la muestra estudiada el nivel de inteligencia se mantiene dentro de la media normal. Se descarta la existencia de deterioro orgánico o psicótico en su proceso de pensamiento. El bajo rendimiento con el que frecuentemente se les describe, aparece asociado, en nuestro caso, a factores de inhibición en el uso de sus recursos potenciales.

2.— Como área más afectada aparece su baja capacidad de control y tolerancia al estrés en el 73.5 % (CDI = > 4). Genera en ellos sentimientos de desvalimiento y de mayor vulnerabilidad a la desorganización de sus capacidades de adaptación social, con altos índices de ansiedad y rasgos depresivos .

3.— La incidencia de esta enfermedad en la autoimagen y en la vivencia de su cuerpo, repercute significativamente en sus procesos de autoestima, autopercepción y valoración de la identidad. Tales procesos también se ven afectados por el predominio de sobreprotección y dependencia en las relaciones familiares.

4.— Para terminar pensamos que estos resultados pueden servir también de paradigma para otras enfermedades neurológicas en las que no aparecen índices invalidantes de deterioro pero sí una profunda devaluación del self. La propia enfermedad puede ser utilizada por el sujeto o su entorno como pantalla detrás de la cual justificar la regresión o la huida frente al verdadero conflicto psicológico invalidante: el sentimiento de indefensión y de ineficacia social, pudiendo a veces ser confundidos como deficientes sin

serlo. Estos resultados parecen reforzar la necesidad de coordinación de un equipo multidisciplinar (Pérez, 1992), donde se complementen los roles clínicos, neuroquirúrgicos y psicológicos en la atención integral a éste tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

ANZIEU, D. (1987). *El Yo-Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.

ANZIEU, D. (1995). *El pensar. Del Yo-Piel al yo-pensante*. Madrid: Biblioteca Nueva.

BALLESTEROS J, S.(1982). *El esquema corporal*. Madrid: TEA ediciones.

EXNER, J.E.(1990). *Manual del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. 3ª edición. Asheville, NC: Rorschach Workshops.

GRASSANO DE PICCOLO, E. Y COLABORADORES (1980). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

PÉREZ GARCÍA, P. (1992). La función de contención. Una práctica interdisciplinar en el Hospital. *Revista de Clínica y Salud*. 3(1), 21-35.

RICCARDI, V.M. (1992). *Neurofibromatosis: Phenotype, natural history, and pathogenesis*. 2ª edición. Baltimore: John Hopkins Univ. Press.

SPAEPEN, A., BORGHGRAEF, M. and FRYNS, JP. (1992). Von Rcklinghausen-neurofibromatosis: a study of the psychological profile. *Birth Defects* 28 (1), 85-91.

STINE, S.B. AND ADAMS, W.V., (1989). Learning problems in neurofibromatosis patients. *Clin-orthop*. Aug (245):43-8.

VARNHAGEN, C.K., LEWIN, S., DAS, J.P., BOWEN, P., MA, K. AND KLIMEK, M. (1988). Neurofibromatosis and Psychological Processes. *Journal developmental behavior Pediatric* 9(5), 257-65.

WECHSLER, D.,(1976). *Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos*. Madrid: TEA.

Fundación Jiménez Díaz
Av. Reyes Católicos, 2
28040 Madrid

Estudio de la inhabilidad social de los pacientes epilépticos del lóbulo temporal a través del test de Rorschach

J. De Felipe, P. Ortiz y R. García

RESUMEN

Los sujetos objeto de estudio son pacientes epilépticos del lóbulo temporal, fármaco-resistentes y con una larga historia de enfermedad y de tratamientos. La enfermedad que presentan produce rechazo social injustificado. En las entrevistas realizadas es frecuente encontrar a muchos pacientes recluidos en sus casas, para no tener «un ataque» en la calle disminuyendo enormemente la cantidad y la calidad de sus relaciones sociales. Son rechazados laboralmente al conocer la existencia de su enfermedad, etc. La sobredependencia, la inmadurez emocional que presentan y especialmente el déficit relacional parece evidente, por lo que consideramos de gran interés investigar el CDI en dichos pacientes.

El objetivo de este trabajo consistirá en explorar la situación interpersonal de los pacientes a través de variables de personalidad evaluadas con el MMPI y el valor del CDI del test de Rorschach. Trataremos de valorar qué variables del MMPI discriminan entre los pacientes con inhabilidad social, (CDI positivo y negativo).

Para el estudio se analizan los datos del Test de Rorschach y del MMPI de 39 pacientes epilépticos del lóbulo temporal, fármaco-resistentes, de ambos sexos, de edades comprendidas entre 17 y 50 años, de los cuales 19 tienen CDI positivo y 20 CDI negativo.

INTRODUCCIÓN

En un primer momento trataremos de hacer una breve introducción y descripción de la epilepsia del lóbulo temporal fármaco-resistente. En segundo lugar plantearemos el tema de investigación y por último nos detendremos en el análisis de datos y conclusiones del trabajo.

Ha avanzado mucho la ciencia, y su profundización, en el conocimiento de esta grave enfermedad cada vez es mayor, disminuyendo las concepciones demonológicas que han imperado a lo largo de la historia y tildado a estos enfermos de endemoniados. Aunque el rechazo social y este tipo de creencias siguen vigentes en muchas de las personas que desconocen la enfermedad, e incluso muchos de los familiares de pacientes epilépticos verbalizan en la consulta las fantasías de si su hijo tiene algún espíritu maligno, o si han hecho algo mal respecto a su hijo, llevándolo a todo tipo de curanderos, videntes, etc., como último recurso de solución a la enfermedad.

La epilepsia viene definida en el Diccionario de la Epilepsia (Gastaut, 1983) editado por la OMS, como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de neuronas cerebrales (crisis epilépticas), asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas. También aparece definida la

epilepsia del lóbulo temporal como un tipo de epilepsia parcial en el cual la descarga neuronal o la lesión que provoca la crisis se localiza en la totalidad o en una parte del lóbulo temporal. Este tipo de epilepsia incluye las crisis con síntomas sensoriales elementales (auditivos, olfatorios, o gustativos) o motores (versivos o afásicos) y con síntomas psíquicos (crisis epiléptica psíquica, sintomatología psíquica compleja), psicosensores (crisis epiléptica ilusional, crisis epiléptica alucinatoria), o psicomotores (crisis epiléptica automática).

Jasper en 1969 prefirió denominar la enfermedad en plural «las epilepsias» para recalcar la heterogeneidad de los trastornos reunidos bajo este nombre común. Son múltiples y complejos los factores que influyen en la enfermedad y son variadas las clasificaciones sobre la epilepsia hasta el momento. Actualmente las crisis epilépticas se han clasificado en la Clasificación Internacional de Crisis epilépticas (1964, 1981) en función de la sintomatología en cuatro grupos mayores, crisis generalizadas, crisis parciales, crisis unilaterales y crisis epilépticas no clasificadas.

Como afirma González de Rivera (1981), distintos autores en la literatura sobre la epilepsia confirman que el primer trabajo serio sobre los aspectos psiquiátricos fue realizado por Falret en 1860, siguiendo vigentes en la actualidad también la agrupación de los trastornos psíquicos realizada por este autor en función de la relación temporal con las crisis epilépticas. Su clasificación se refiere a los fenómenos psíquicos ictales, peri-ictales e interictales.

En este trabajo vamos a centrarnos exclusivamente en el estudio de los fenómenos psíquicos interictales, es decir, en aquellas manifestaciones de la personalidad, el intelecto, la vida emocional y el comportamiento (que ocurren entre dos crisis epilépticas), que permanecen más o menos estables y llevan una existencia relativamente independiente de las crisis epilépticas. Queremos aclarar que los pacientes no presentan la sintomatología compleja continuamente sino que aparece durante la crisis, siendo una persona relativamente normal y consciente cuando no tiene crisis. Por otra parte limitaremos el estudio a los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal fármaco-resistentes, es decir, a aquellos pacientes que tienen una lesión o foco epiléptico, de etiología dudosa, pero detectado a través del electroencefalograma en el lóbulo temporal, con crisis parciales y normalmente secundariamente generalizadas, es decir, con crisis que comienzan en el lóbulo temporal y se transmiten a la practica totalidad del sistema nervioso produciendo las típicas crisis convulsivas.

Una variable obligada y de interés que queríamos resaltar es la medicación epiléptica. Los pacientes estudiados son fármaco-resistentes, no obstante siguen tomando diferentes tipos de fármacos. Siguiendo la revisión de Sáenz de Sicilia (1991) en las investigaciones sobre los efectos de los fármacos en las Funciones Corticales Superiores, en los casos en los que los niveles terapéuticos son tóxicos llegan a ocasionar trastornos de

ánimo, afectividad, concentración y atención. Los pacientes objeto de estudio, no suelen presentar niveles tóxicos ya que se realizan controles de nivel de fármacos en sangre periódicamente. Parece ser que también los enfermos epilépticos con trastornos mentales tienen en general niveles significativamente más bajos de folato que los pacientes epilépticos sin trastornos mentales; no obstante, como afirma Sáenz, hay otros factores predisponentes como (daño cerebral, psicosocial, etc.) y por otra parte, la evidencia sobre la afectación del fármaco no es absoluta. En nuestro grupo de estudio, los pacientes con daño cerebral grave no podían realizar los tests, además, se han excluido los pacientes con otro tipo de patología (tumores, trastornos vasculares cerebrales, etc.). Queremos comentar que los pacientes estudiados vienen con numerosos informes médicos, aunque un escaso número de los que padecen sintomatología claramente psicótica son tratados adecuadamente por médicos psiquiatras. Todos los pacientes estudiados toman medicación, pero existen diversos tipos de fármacos y no todos producen efectos secundarios sobre el Sistema Nervioso Central.

Los pacientes suelen acudir a la Consulta con Historias Médicas donde aparecen múltiples informes respecto al estudio del Sistema Nervioso, en la mayoría de las veces se trata de alteraciones mínimas en los llamémoslos «circuitos neuronales», y se realizan por la dificultad en objetivar la lesión, exploraciones tan sofisticadas como Resonancias Magnéticas Nucleares (RMN), Tomografía Axial Computerizada, etc., sin encontrar normalmente una patología evidente excepto en el EEG. Aparecen numerosos informes de distintos médicos, pero son escasos los informes psicológicos añadidos en las Historias Clínicas, a excepción de exploraciones neuropsicológicas o de breves referencias diagnósticas psiquiátricas en un bajo número de pacientes que han presentado sintomatología esquizofreniforme.

En 1978 en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), la epilepsia no aparece como una enfermedad mental. Siguiendo a Kaplan y Sadock (1982), muchos pacientes con crisis parciales complejas de origen en el lóbulo temporal no están afectados por trastornos de la personalidad, pero parece haber una superior incidencia de alteraciones psicológicas interictales en los pacientes con trastornos convulsivos que en la población general y aún mayor en el caso de la epilepsia que afecta al lóbulo temporal que, por otra parte, es el tipo de epilepsia más común.

La asociación entre alteraciones de la personalidad y epilepsia del lóbulo temporal sigue teniendo mucho interés, por la importancia que tiene en la clínica el desvelamiento de los misterios de la relación entre el cerebro y la conducta. Aún sin considerar lo dicho anteriormente, solo la perspectiva biopsicosocial justificaría el estudio psicológico de estos pacientes. Sin embargo, resulta sorprendente el escaso número de publicaciones respecto a la evaluación de la personalidad, especialmente con los test clínicos más utilizados, como el test de Rorschach y el MMPI.

El objetivo de este trabajo consistirá en explorar, como dijimos anteriormente, un aspecto de los múltiples implicados en la epilepsia del lóbulo temporal que es la situación interpersonal de los pacientes a través de variables de personalidad evaluadas con el MMPI y el test de Rorschach.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Centrándonos un poco más en el tema de investigación, resultó desconcertante observar las enormes dificultades que los pacientes epilépticos encuentran en sus relaciones interpersonales. De las numerosas entrevistas realizadas hasta el momento solamente unos pocos pacientes vinieron solos, es decir, sin ser acompañados por un familiar. Las características de la enfermedad hacen que siempre estén pendientes de ellos, que no puedan estar solos y cuando salen de sus casas con frecuencia van acompañados de sus padres o de un hermano, ya que, como afirman los familiares: «se pueden caer», «les pueden atropellar o cualquier otra cosa». La individuación se convierte en un lujo para estos pacientes. No es infrecuente la sobredependencia tanto de la familia como del enfermo. Por otra parte, no suelen tener amigos, no realizan actividades sociales, influyendo notablemente tanto en la calidad como en la cantidad de sus relaciones interpersonales.

Como hemos comentado, la sobredependencia, la inmadurez emocional que presentan y especialmente el déficit relacional parece evidente, por lo que el Índice de Inhabilidad Social (CDI) en Rorschach es de gran interés en la población objeto de estudio. Fue doblemente interesante el encontrar que la distribución de los pacientes era bimodal, es decir, que los pacientes que habíamos seleccionado para el estudio se dividían en dos grupos claramente diferenciados el grupo 1 (CDI 4 positivo, con un total de 19 sujetos) y el grupo 2 (CDI 3 negativo, con 20 sujetos). Nos preguntamos ¿qué diferencia hay entre ambos grupos de sujetos? ¿qué es lo que explica que unos sujetos sean hábiles o inhábiles, especialmente en estos pacientes en los que la inactividad social es evidente?.

Nos interesaba comprender mejor la significación del CDI y las variables que podrían explicar un tipo u otro de CDI en los pacientes. El MMPI fue incluido en el estudio por ser uno de los test más utilizados en la práctica clínica y en la investigación, y porque su propósito consiste en proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las más importantes dimensiones de la personalidad relacionadas con la adaptación personal y social del sujeto, por lo que nos pareció que podría ser interesante observar también con esta prueba la inhabilidad social de los pacientes.

El CDI (Coping Deficit Index) es un índice relativamente nuevo en el Rorschach. En «El Rorschach. Un sistema Comprensivo» Exner (1994) lo denomina índice de inhabilidad social, pero aclara que probablemente esté sujeto a cambios su denominación en función de los nuevos descubri-

mientos que se vayan realizando, ya que está en proceso y aún no es clara su significación.

Exner describe a los sujetos con CDI positivo como proclives a mantener unas relaciones sociales empobrecidas o estériles, con dificultades para enfrentarse a las demandas del entorno social, y vincula el CDI con depresiones derivadas de la inhibición relacional o bien con la capacidad de control (habilidad para generar y dirigir respuestas), sin embargo no está cerrada la investigación sobre el CDI.

MÉTODO Y PROEDIMIENTO

Sujetos

Se trata de 39 sujetos diagnosticados de epilepsia del lóbulo temporal fármaco-resistente y con crisis parciales secundariamente generalizadas. De edades comprendidas entre 17 y 50 años. De ambos sexos y procedentes de diversas provincias españolas.

Instrumentos utilizados

A todos los pacientes se les realizan exploraciones médicas completas y exploraciones psicológicas (neuropsicológicas y estudio de la personalidad) a través de las cuales se realiza el diagnóstico. Los tests psicológicos utilizados para el estudio de la personalidad son: Primera entrevista (semi-dirigida), Figura Compleja de Rey, Test de Psicodiagnóstico de Rorschach, Test de Bobertag-Binet, H. T. P. y MMPI.

En la presente investigación tendremos en cuenta especialmente el Test de Rorschach y el MMPI, posponiendo para otra ocasión el análisis de las otras pruebas aplicadas.

Procedimiento

Los pacientes son citados a la Consulta derivados de Servicios de Neurocirugía para ser evaluados por el equipo multidisciplinar y ser incluidos en una posible intervención quirúrgica como última alternativa de tratamiento. Una vez que acuden a la consulta se realiza una Entrevista (semi-dirigida) para valorar los datos demográficos básicos, infancia, estructura familiar, enfermedades, nivel de estudios, evolución de la enfermedad, etc. Normalmente el paciente suele venir acompañado de un familiar cercano con los que se contrasta la información.

Se aplican las pruebas en dos días sucesivos. La corrección del Test de Rorschach se realiza mediante el método Exner y el MMPI con datos normativos españoles (Seisdedos, 1979).

Dividiremos el análisis en dos partes:

- Análisis de las puntuaciones de todos los sujetos.
- Análisis de puntuaciones diferenciales entre CDI positivo y negativo (CDI+, CDI-).

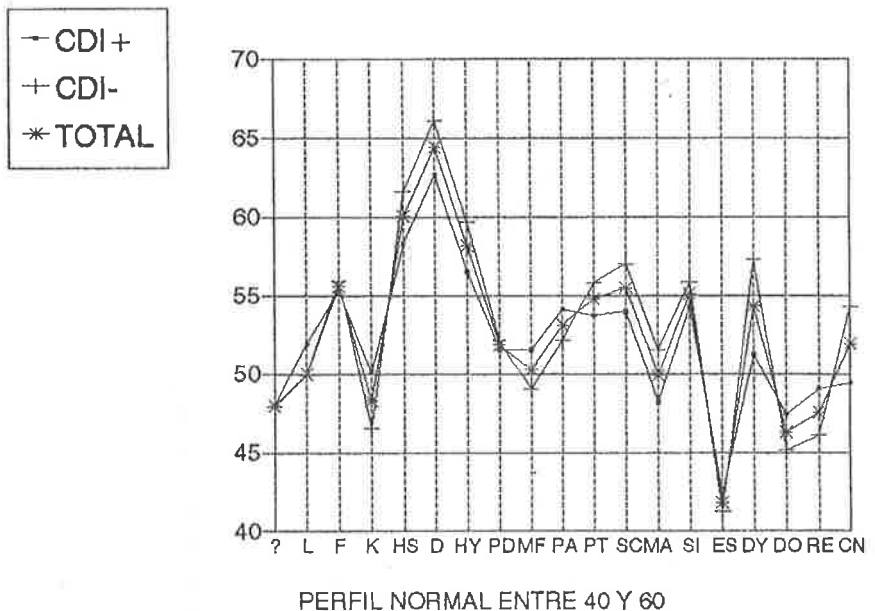
ANÁLISIS DE LOS DATOS

Análisis de las puntuaciones de todos los sujetos.

Respecto al MMPI

Figura 1.

Medias de las puntuaciones típicas en el MMPI



En la figura 1 aparecen las medias de las puntuaciones típicas de los sujetos (grupo total, CDI+ y CDI-) extraídas mediante el paquete estadístico SPSS (Frecuencias). A nivel descriptivo, el perfil general de los epilépticos del lóbulo temporal en el MMPI se caracteriza por puntuaciones dentro de los límites normales, sin embargo aparecen elementos de la tríada neurótica que sin llegar a ser patológicos, apuntan hacia rasgos hipocondríacos y depresivos [D, Hs (↑T60) y con una puntuación media en el factor de segundo orden Neuroticismo T de 67]. Como comentamos anteriormente, en la

bibliografía aparecen mayor número de trastornos de la personalidad en estos pacientes, sin embargo, nuestras puntuaciones no lo indican así, y se podría caracterizar al grupo de pacientes con un perfil similar al de la media normal en el MMPI.

Con el Rorschach

El perfil del Rorschach en función de los clusters

Realizando una comparación de proporciones del grupo (a través de programa sigma) estudiado con la población general, aparecen como significativos los clusters DEPI↑, CDI↑, OBS↓ y SZCI↑ con ($p < 0,001$) y no significativos S-CON y HVI (ver tabla 1). La muestra estudiada tiene una mayor proporción de depresivos, inhábiles sociales y trastornos esquizofreniformes que la población general. No podemos generalizar los resultados pero sí podemos destacar el alto porcentaje de CDI, en un 49% de los sujetos. Sorprende también, el hecho de que aparezca menor número de obsesivos, especialmente por las características de matíz obsesivo que con frecuencia se encuentran en los pacientes tras la realización de los test: enlentecimiento, pegajosidad, adherencia, etc. Estos resultados en general concordarían con la bibliografía respecto a la epilepsia, que señala una mayor frecuencia de trastornos psicopatológicos que en la población normal.

Tabla 1.

Comparación de proporciones de clusters entre epilépticos y población normal

CLUSTER	FRECUENCIA GRUPO N=39	FRECUENCIA GENERAL N=700
SZCI	10 (26%)**	2 (0%)
DEPI	13 (33%)**	25 (4%)
CDI	19 (49%)**	21 (3%)
S-CON	2 (5%)	0 (0%)
HVI	1 (3%)	13 (2%)
OBS	0 (0%)**	13 (2%)

** ($p < 0,001$)

Si se suman los valores en la tabla 1 la suma total es superior al 100% ya que en muchos de ellos las combinaciones de los clusters son de más de uno (ver tabla 2). Las tablas de Exner no contienen valores proporcionales de combinaciones de clusters por lo que no hemos podido comparar el valor proporcional de las combinaciones, por otra parte un análisis estadístico más apropiado debido al bajo número de sujetos hubiese sido una prueba

exacta de Fisher, no obstante se puede apreciar en la tabla 2 que solo 11 de los 39 sujetos no tienen ningún cluster positivo. Dicho de otra manera, lo que parece evidente es que más del 71% de los sujetos tienen al menos uno de los cluster positivos, lo que apoya la mayor frecuencia de trastornos en este grupo que en la población general.

Tabla 2.
Relación de Clusters de todos los pacientes

CLUSTERS	N=39	%
CDI	7	18%
DEPI	3	8%
SZCI	4	10%
SCON	1	3%
CDI+DEPI	5	13%
CDI+SZCI	3	8%
CDI+HVI	1	3%
DEPI+SZCI	1	3%
CDI+DEPI+SZCI	2	5%
CDI+DEPI+SCON	1	3%
SIN CLUSTERS	11	28%
TOTAL	39	100%

Con el MMPI hemos realizado un análisis de las medias de las puntuaciones de los sujetos y con el Rorschach hemos tenido que comparar las proporciones ya que Exner no tiene en sus tablas las puntuaciones medias de los clusters sino las proporciones de sujetos positivos y negativos. Probablemente, aunque conceptualmente tratamos de realizar el mismo estudio, la diferencia entre ambos resultados sea debida al diferente análisis estadístico más que una comprobación indirecta de que los test midan variables distintas. Tratar de analizar las correlaciones entre ambos test nos desviaría de nuestro objetivo en la investigación, por lo que posponemos el análisis para otro momento planteándonos el interrogante de si realmente el Rorschach y el MMPI miden lo mismo.

Perfil de algunas variables del Rorschach en el grupo total de sujetos

Para realizar el perfil del Rorschach hemos recogido las puntuaciones de los sujetos en las variables que componen la sección interpersonal del sumario estructural y las del CDI. Se ha incluido también la variable Lambda ya que normalmente suele ser alto en la población y porque informa sobre el grado de implicación en situaciones estimulares nuevas.

El Test de Rorschach no puede interpretarse parcialmente, sin tener en cuenta la totalidad de las variables o el conjunto de la información proveniente de otros instrumentos, pero sí creemos que el grupo de

variables seleccionados para el análisis nos permiten entender mejor la difícil situación interpersonal de los epilépticos del lóbulo temporal. Como se observa en la tabla 3, tras realizar una comparación de medias con (t de student a través del sigma) aparece con una significación ($p < 0.001$) las variables siguientes: EA↓, AdjD↓, COP↓, AG↓, WsumC↓, Afr↓, sumT↓, H↓, (H)↓ y Hd↑; con nivel $p < 0.01$, M↓, y con $p < 0.05$, Lambda↑; casi significativos pasivo↑, Ad↑; y como no significativas (con $p > 0.05$), Fd, activo, Aislamiento, (Hd), A, (A), (Ad), R.

Tabla 3.
Comparación de medias de una selección de variables del Rorschach en el grupo total de sujetos

Variabes	Media N=39	Media Exner N=700
EA	5,22***	8,83
AdjD	-1***	0,2
COP	0,36***	2,7
AG	0,46***	1,18
Fd	0,21	0,23
M	2,90**	4,31
WsumC	2,32***	4,52
Afro	0,52***	0,69
activo	6,15	6,48
pasivo	3,51#	2,69
SumT	0,56***	1,03
H	1,87***	3,4
(H)	0,46***	1,2
Hd	2,05***	0,69
(Hd)	0,28	0,14
A	8,08	0,18
(A)	0,15	0,17
Ad	2,97#	2,21
(Ad)	0,08	0,05
R	21,82	22,67
Lambda	0,90*	0,58
Aislamiento	0,19	0,2

*** ($p < 0.001$) ** ($p < 0.01$) * ($p < 0.05$) # (casi sign.)

Aparece el grupo general de epilépticos del lóbulo temporal con un número significativamente bajo de recursos internos disponibles (EA↓) para hacer frente a la realidad social que viven. El escaso número de recursos se

explica por el déficit en la ideación (M↓), pero especialmente por el escaso intercambio emocional (WSumC↓) que presentan. Teniendo en cuenta que sufren crisis epilépticas frecuentes es esperable que traten de evitar las situaciones emocionalmente cargadas (Afr↓), y con una baja tolerancia frente a las tensiones de la vida cotidiana (AdjD↓) aunque vaya en detrimento de sus relaciones sociales o familiares. En nuestra opinión la evitación emocional y la dificultad en el control de las tensiones podría explicarse más como consecuencia del rechazo social y como un intento de control de las crisis, que por un deseo real de aislamiento emocional (Aislamiento no es significativo) en el grupo total.

No obstante y a pesar de la evidente sobredependencia entre la familia y el epiléptico por causa de la enfermedad, no aparecen rasgos de dependencia (Fd y p no significativos) y el índice de cercanía y contacto emocional está disminuido (T↓). Al limitar el análisis a unas pocas variables, no podemos aclarar si se caracteriza el grupo como «auténticos sin T» (protocolos en los que hay claros oscuros pero no texturas), no obstante, parece lógico entender que debido a su grave enfermedad sean más cautelosos, más distantes en sus relaciones, por otra parte el rechazo social que viven probablemente influya en que estos sujetos no perciban o prevean relaciones positivas como algo habitual (AG↓, COP↓) y que lleguen incluso a anular o abandonar el deseo natural de cercanía (T↓), o el interés por el otro [H↓, (H)↓], sobresimplificando la percepción de estímulos emocionales (Lambda↑) y limitando sus intercambios a simples relaciones parciales (Hd↑). Hay que tener en cuenta que las variables Sum T, Fd, (A), Ad, y (Ad), no son paramétricas, y aunque no hay diferencias significativas excepto en Sum T, posponemos para más adelante un análisis más afinado a través de una diferencia de medias entre las variables no paramétricas.

También creemos importante aludir que tratamos con datos normativos de Exner o población norteamericana. A modo de ejemplo (ver tabla 4) tomando los datos normativos de la variable Textura extraída del trabajo realizado en la ciudad de Barcelona por Alvarez y cols. (1993) y, repitiendo el análisis de medias solo con esta variable, comprobamos que la textura no era significativa, con las poblaciones de Barcelona y Portugal, pero sí con la americana. Por lo tanto la interpretación de las variables podría ser poco fiable.

Tabla 4.
Diferencia de medias de la variable Textura con distintas poblaciones

TEXTURA	MEDIA	D. T	NIVEL SIGNIFICACIÓN
BARCELONA N=250	0,57	0,93	NO SIG.
PORTUGAL N=100	0,53	0,74	NO SIG.
EXNER N=700	1,03	0,58	P<.001

Análisis de puntuaciones respecto a CDI

Con el MMPI

Los estadísticos básicos de la muestra de tipificación española (Seisdedos, 1980) está realizada en función del género (hombres, mujeres), por lo que tendríamos que realizar diferencias de medias entre cuatro grupos, hombres con CDI positivo (9) y negativo (13), mujeres CDI positivo (10) y negativo (7); como nuestro grupo tiene un bajo número de sujetos, (39 sujetos), decidimos realizar un análisis discriminante con el SPSSX método WILKS (Stepwise), tomando el CDI como variable criterio y las Escalas del MMPI como variables predictivas.

Como resultado del análisis discriminante realizado, aparecen las variables siguientes como diferenciadoras de ambos grupos de CDI:

1º.— Escala DY (dependencia) con un nivel de significación de 0.0713.

2º.— La variable PA (paranoia) con una significación de 0.0354.

El método stepwise con el criterio de selección de variables que minimiza la lambda de Wilks, permitió seleccionar DY y PA como las variables que mejor discriminan entre los grupos 1 (CDI 4 positivo) y 2 (CDI 3 negativo). Con estas dos variables la función discriminante creada clasifica correctamente a un 66,67% de los sujetos con un nivel de significación ($p < 0.0354$). Es decir, un 33,33% de los sujetos estarían mal clasificados utilizando la función discriminante, no se ajustarían al modelo propuesto. Sin embargo teniendo en cuenta las variables por separado, la escala DY, la rechazamos al no alcanzar el nivel de significación adecuado ($p < 0.05$). Solo tenemos en cuenta para la interpretación la variable (PA) ya que es la única significativa con ($p < 0.0354$).

La escala PA se refiere a los síntomas paranoides clásicos como: ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, adherencia inflexible a ideas y actitudes, sentimientos o ideas de persecución, ideas de grandeza y percepciones inadecuadas.

Teniendo en cuenta las características de los pacientes estudiados, la variable paranoia (PA) discrimina entre los grupos con inhabilidades sociales de los que no lo son, es decir, la paranoia aparece como un rasgo diferencial de los pacientes con CDI positivo en el MMPI. Las características de personalidad de los sujetos: con una actitud negativa hacia el entorno, desconfianza, hiperalertas, el ser tan reservados en las relaciones personales, etc., implican de por sí un déficit en las habilidades sociales, por lo que resulta coherente que la variable paranoia (PA) ayude a discriminar entre los grupos de CDI.

No obstante estos resultados plantean otras hipótesis, ¿por qué otras variables que supuestamente están más relacionadas con las habilidades sociales no aparecen en este grupo de sujetos como discriminantes del CDI, por ejemplo introversión social, control, etc.?

Diferencias de CDI respecto a los clusters del Rorschach

Con el Rorschach realizamos varios análisis, un primer análisis discriminante con los Clusters del Rorschach (SZCI, DEPI, S-CON, HVI, OBS) como variables predictivas y CDI como variable criterio. Los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre ambos grupos de CDI, es decir, ninguno de los clusters de Rorschach diferencia entre los grupos de CDI positivo y CDI negativo, [aparece la variable S-Con ($p < 0,06$) como la más diferenciadora entre los grupos, sin embargo no es significativa].

Diferencias en el CDI en la selección de algunas variables del Rorschach:

Para tratar de afinar más respecto a las diferencias entre ambos grupos de CDI decidimos realizar una diferencia de medias (con t de student, a través del sigma), considerando a ambos grupos por separado para que nos describiese en qué variables del CDI y de la sección interpersonal del sumario estructural se distinguían los sujetos inhábiles de los que no lo son. Como resultado del análisis (ver tablas 5 y 6) se observan diferencias entre los grupos en las variables EA, AdjD, AG, M, SumT, Aislamiento, H, (H), Hd (A) y Lambda.

Tabla 5.

Diferencia de medias de las variables seleccionadas en función de los grupos CDI positivo y negativo

Variables	CDI+ N=19	CDI- N=20	Exner N=700
EA	4,21***	6,175	8,83
AdjD	-1,42***	-0,6*	0,2
COP	0,316***	0,4***	2,7
AG	0,263***	0,65*	1,18
Fd	0,211	0,2	0,23
M	2,053***	3,7	4,31
WsumC	2,158***	2,475***	4,52
Afro	0,492***	0,556***	0,69
activo	5,368	6,9	6,48
pasivo	3,368	3,65#	2,69
(H)	0,053***	0,85	1,2

*** ($p < .001$) ** ($p < .01$) * ($p < .05$) # (casi sign.)

El análisis descriptivo diferencial nos permite apreciar que los inhábiles sociales de nuestro grupo de epilépticos tienen menores recursos internos ideacionales ($M \downarrow$), y déficit en los recursos para acercarse al otro de un modo fantaseado ($H \downarrow$), es decir, escasez de fantasía en sus relaciones. Los que no son inhábiles sociales muestran un menor aislamiento, pero una mayor evitación de la cercanía emocional e incluso abandono del deseo de cercanía ($Aislamiento \downarrow$, $SumT \downarrow$).

Tabla 6.
Diferencia de medias de las variables seleccionadas en función de los grupos CDI
positivo y negativo (continuación)

Variables	CDI+ N=19	CDI- N=20	Exner N=39
H	1,316***	2,4**	3,4
Hd	2,211**	1,9*	0,69
(Hd)	0,105	0,45	0,14
A	7,759	8,55	8,18
(A)	0,053*	0,25	0,17
Ad	3,368	2,6	2,21
(Ad)	0,053	0,1	0,05
R	21,562	22,1	22,67
Lambda	1,105*	0,699	0,58
Aislamiento	0,265	0,116***	0,2
SumT	0,789	0,35***	1,03

*** (p<.001) ** (p<.01) * (p<.05) # (casi sign.)

CONCLUSIONES

El perfil de los 39 pacientes epilépticos del lóbulo temporal valorado a través del MMPI se caracteriza por puntuaciones dentro de los límites normales, aunque apuntan hacia rasgos neuróticos (hipocondríacos y depresivos) sin llegar a ser psicopatológicos. Respecto a la inhabilidad social, el grupo de sujetos con CDI positivo se diferencian de un modo significativo en el MMPI respecto a paranoia.

En el Rorschach la proporción de sujetos depresivos, inhábiles sociales, y esquizofreniformes es significativamente mayor que en la población general, pero es menor en el estilo obsesivo. Por otra parte aparece el grupo general de epilépticos con una baja tolerancia al estrés y un menor número de recursos internos disponibles especialmente en lo ideacional, pero también por el escaso número de intercambios e inhibición emocional que presentan, tendiendo a evitar las situaciones cargadas emocionalmente. Es curioso que a pesar del grado de sobredependencia que muestran en la consulta, no aparezcan rasgos de dependencia en el Rorschach. Parecen no percibir o prever relaciones positivas como algo habitual, perdiendo el interés por el otro y por las relaciones personales, inhibiendo las necesidades de cercanía y contacto emocional, y limitándose a relaciones parciales con las personas de su alrededor. Sin embargo el grupo general no tiende al aislamiento.

Al analizar los grupos de CDI, no encontramos diferencias significativas respecto a los clusters, sin embargo, sí las hay en las variables que componen el índice, caracterizándose los inhábiles sociales por un mayor

déficit de recursos ideacionales disponibles, con inhibición de la fantasía en las relaciones habituales, y los inhábiles sociales con una mayor evitación de la cercanía emocional e incluso abandono del deseo de cercanía, sin embargo son menos aislados. En nuestra opinión ambos podrían caracterizarse como inhábiles sociales pero por distintos motivos.

Queríamos destacar la diferencia entre el MMPI y el Rorschach en los resultados. El MMPI valora respuestas sobre las que el sujeto tiene cierto control yoico, sin embargo en el Rorschach el sujeto no sabe cuales son las respuestas correctas e incorrectas y se basa más en el sistema perceptivo-cognitivo y emocional, pero es escaso el control yoico. Parece evidente que no miden lo mismo a primera vista, pero los resultados plantean el interés de un estudio posterior pormenorizado de las correlaciones entre las variables que supuestamente miden lo mismo desde distintas perspectivas (por ejemplo DEPI del Roschach con la escala de Depresión del MMPI, HVI con Paranoia, etc.). No obstante no nos parece comparable la enorme riqueza de información y la profundidad que se alcanza en la descripción de la personalidad con el Test de Rorschach, con la información aportada por el MMPI basada fundamentalmente en lo fenomenológico de la psiquiatría tradicional, que aunque es importante en la clínica, tiene una mayor distorsión debido al mayor control yoico del sujeto.

Hay que tener en cuenta que hay variables que pueden estar modulando los resultados, como por ejemplo el tipo de población estudiado, bajo número de sujetos (39), medicación, etc. Y finalmente respecto a las diferencias encontradas con la variable textura, probables falsos negativos en CDI, estilo obsesivo bajo, baja dependencia, etc., sugieren que los datos normativos de la población americana podrían obstaculizar la interpretación de los resultados y plantea la urgente necesidad de datos normativos españoles.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, M., BAEZA, A., CAMPO, V., GARCIA, J. M., GUARDIA, J. & cols. (1993). Primera aproximación a un estudio normativo de la ciudad de Barcelona y su entorno. *Revista de la S.E.R.Y.M.P.*, 6, 4-16.
- BANCAUD, J., BRUNET-BOURGIN, F., CHAUVEL, P., HALGREN, E. (1994). Anatomical origin of déjà vu and vivid 'memories' in human temporal lobe epilepsy, *Brain*, 117, 71-90.
- BARRACLOUGH, B. (1981). Suicide and Epilepsy. En E. H. Reynolds and M. R. Tribble (Eds.) *Epilepsy and Psychiatry*. New York.
- BISQUERRA ALZINA, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariable: un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD*. Vol I y II. Barcelona: P.P.V.

- EXNER, J.E. (1994). *El Rorschach. Un sistema comprehensivo*. Vol. 1. Madrid: Psimática.
- GASTAUT, H. y Cols. (1973). *Diccionario de epilepsia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L. (1981). Psicopatología de la epilepsia. *Revista de Psiquiatría Psicología y Psicósomática*, 2, 64-80.
- HATHAWAY, S. R. & MCKINLEY, J.C. (1979). *MMPI*. Madrid: TEA Ediciones.
- KAPLAN H. I. & SADOCK B. J. (1992). *Tratado de Psiquiatría*. 2ª Ed. Barcelona: Salvat.
- MARTÍN, P., PULIDO, P., GARCÍA DE SOLA, R. (1993). Protocolo de evaluación neuropsicológica de pacientes epilépticos. *Neurocirugía*, 4, 312-316.
- NUÑEZ, R. (1978). *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la psicopatología*. Mexico: El Manual Moderno.
- COULLANT SAENZ DE SICILIA J. A. (1991). Tratamiento farmacológico de la epilepsia. En J. A. Portellano Pérez (Ed.). *Las epilepsias: estudio interdisciplinar*. Madrid: Colección Neurociencia.
- SEISDEDOS, N. (1980). *MMPI Suplemento técnico*. Madrid: TEA Ediciones.
- SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (1990). Reference Guide. Statistical data Analysis. Chicago: SPSS INC.

Pilar Ortiz
Numancia, 2, 5ª G
38039 Madrid

CONFERENCIA.

Importancia del diagnóstico de estructura psíquica en la indicación de psicoterapia

M^a T. Miró

Deseo agradecer a la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, su amabilidad invitándome a participar en este Congreso. Agradezco también particularmente el hecho concreto que pueda hablar de este tema, tan ligado a mi práctica cotidiana y que me preocupa desde hace tiempo.

En el título de esta conferencia delimito el tema del diagnóstico a las indicaciones de psicoterapia. Pero pienso que la necesidad de realizar un diagnóstico de estructura lo más afinado posible, es aplicable a la mayoría de las terapéuticas, incluida la farmacológica.

El Psicoanálisis y sus aplicaciones se ha convertido en un instrumento rico y eficaz; ha ganado en precisión en lo que se refiere a los diagnósticos y también en las indicaciones e intervenciones terapéuticas. Al mismo tiempo, me gustaría creer que se ha ido abandonando la preocupante ilusión de ser la única (o la mejor) respuesta terapéutica.

Asimismo, en todos los terrenos de la clínica, se ha ido haciendo cada vez más necesario incrementar la precisión en el diagnóstico, ya que este condiciona la indicación, las pautas terapéuticas y finalmente, la eficacia del tratamiento.

Sabemos, y cada vez con más precisión, que diferentes patologías requieren, en ocasiones, también de diferentes técnicas de abordaje. Porque es evidente que cuando alguien pide ayuda terapéutica lo hace con la intención consciente de encontrar una solución a su situación de conflicto ya que esta le está bloqueando la vida, limitando posibilidades, provocando sufrimiento. Nuestros pacientes saben que necesitan cambiar pero quedan atrapados en sus viejos patrones de relación que repetirán con nosotros a través de la transferencia. Frente al cambio psíquico que les propone un tratamiento, pueden presentar diversas dificultades y resistencias, relacionadas estrechamente con su estructura previa de personalidad y con lo que Freud denominó compulsión de repetición. Por esto es muy importante que el terapeuta conozca con la máxima precisión posible la estructura y el tipo de relación de objeto que posiblemente establecerá su paciente y a la vez, pueda ir realizando un diagnóstico «sobre la marcha», a lo largo del proceso terapéutico. Este conocimiento le ayudará también a no sentirse «engañado», o «atacado» por el sistema defensivo del paciente que luchará contra el cambio psíquico porque es difícil abandonar

los patrones defensivos viejos y conocidos. La mayoría de nuestros pacientes desean cambiar, pero su idea de como debe realizarse el cambio acostumbra a divergir de la noción de cambio que tiene el terapeuta. Así, un cierto tipo de paciente puede entender el cambio como la eliminación de los síntomas, mientras que el terapeuta, tenderá a la comprensión del conflicto psíquico inconsciente, buscando un cambio estructural.

En primer lugar, creo indispensable un breve recorrido por el concepto de estructura psíquica, su definición y contenido.

Aunque el concepto de estructura es muy complejo, en principio existen razones para presuponer que la mente tiene una determinada estructura que podríamos definir como (Coderch, 1995) un conjunto o grupo de elementos relacionados entre sí de acuerdo con determinadas reglas, o algún conjunto o grupo de elementos funcionalmente correlacionados. Podemos conocer la mente a través de sus funciones tales como la memoria, la atención, las emociones, etc.

Según Schwartz (1981), el concepto de estructura psíquica hace referencia a aspectos duraderos de la personalidad y a unas funciones con un fin significativo que no deben crearse de nuevo cada vez que se enfrentan situaciones similares. Una estructura psíquica es una organización funcional que engendra una cadena de contenidos significativos.

A menudo se comete el error de confundir estructura con contenido. Las percepciones, imágenes, deseos, fantasías, afectos, objetos internos, son contenidos, no sistemas dinámicos que permiten que las cosas ocurran.

Los criterios definidores de la estructura según el autor antes citado son: organización y función. Es decir, se trataría de una serie de funciones mentales relacionadas entre sí formando una determinada estructura mental o psíquica propia de cada individuo, que en último término depende de estructuras reales, anatómicas y neurofisiológicas, en íntima relación entre ellas. No voy a ocuparme ahora de este tema, ya que no es la finalidad de esta conferencia, pero sí apuntar hacia los trabajos de algunos autores sobre la interrelación entre estructura psíquica y organización neurofisiológica, entendiendo que ambas se organizan bajo la influencia de estímulos ambientales-afectivos desde el inicio de la vida, sobre una base neurobiológica determinada. Según Schwartz (1981), los estímulos provenientes del ambiente, es decir de las relaciones afectivas interpersonales durante las primeras épocas de la vida, pueden tener efectos profundos y permanentes sobre la estructura cerebral y sus funciones. Ello supondría, de confirmarse, la existencia de un paralelismo entre estructura cerebral y funciones psíquicas.

Para entender el concepto de estructura psíquica, utilizaré la metáfora que da Dewald (1993). Este autor compara la estructura con el lenguaje escrito, de manera que las letras del alfabeto podrían representar las funciones en un nivel sencillo y primitivo. Juntando letras y formando

palabras, estarían funciones intermedias y las frases corresponderían a representaciones complejas y simbólicas del pensamiento.

Esta coexistencia de diversas funciones y estructuras vinculadas e interrelacionadas, hace pensar en la utilización de otra metáfora: la de un mapa desplegable, el cual, plegado del todo o a medias, nos ofrece a la vista una parte de la información, conteniendo en sí, en sus pliegues, la estructura del funcionamiento mental, que podemos desplegar y conocer cuando realizamos un trabajo diagnóstico.

La primera noción de estructura en psicoanálisis fue dada por Freud cuando describió el aparato psíquico organizado en tres instancias: Ello, Yo y Superyo. Con las sucesivas descripciones de los mecanismos de defensa y las aportaciones de la Teoría de las Relaciones Objetales se ha contribuido a dar más cuerpo a este concepto.

Con todo lo dicho, podríamos definir la estructura psíquica como: *un conjunto de ansiedades y defensas, es decir de formas de relación de objeto, organizadas y entrelazadas de forma singular para cada individuo, originadas a partir de las primeras interacciones afectivas y cuya característica es la capacidad de establecer pautas de continuidad y permanencia que hacen que se repita un determinado tipo de respuesta frente a situaciones similares. Esta continuidad dota a cada individuo de una peculiaridad que le diferencia y caracteriza.*

Coderch (1995) propone diferenciar entre *estructuras psíquicas nucleares y estructuras psíquicas derivadas.*

Las estructuras psíquicas nucleares son aquellas que se crearon y organizaron durante las primeras fases del desarrollo infantil, son difícilmente influenciables y poco modificables por un proceso terapéutico, obedecen a las pautas del proceso primario y se mantienen profundamente inconscientes. Las estructuras psíquicas derivadas provienen de la evolución del aparato psíquico, surgiendo de diversas derivaciones de las estructuras nucleares, a su vez influenciadas por las experiencias. Son más influenciables por los acontecimientos de la vida y por los procesos terapéuticos.

Según este autor, los conflictos nucleares no se resuelven nunca, y opina que lo que se puede encontrar a través de un tratamiento son nuevas soluciones para los conflictos partiendo de las mismas estructuras básicas, de manera que las mismas estructuras puedan variar en sus funciones o ponerse al servicio de otras finalidades. Cualquiera de estas modificaciones, requieren de mucho tiempo para realizarse.

La descripción de la estructura psíquica en dos niveles: nucleares y derivadas (tal vez se podría hablar de más niveles), permite explicar ciertas situaciones psicopatológicas en las que aparece una situación crítica tras años de mantener un, por lo menos, aparente equilibrio, o una evolución sin trastornos importantes, como la aparición en la adolescencia de una crisis esquizofrénica.

Los procesos diagnóstico y terapéuticos acostumbran a tener unos límites formal y temporalmente marcados y eso me parece muy correcto. Pero tratando de analizar todo el proceso detenidamente, me parece que podemos encontrar elementos terapéuticos en muchas intervenciones desde el principio de la investigación diagnóstica y del contacto con el profesional (en el cual, por cierto, ya le ha depositado elementos transferenciales). También, y por las mismas razones, podemos decir, que la relación con el paciente, desde el inicio, se halla en un proceso constante y dinámico en el cual el diagnóstico finaliza al finalizar el tratamiento y el tratamiento empieza ya en los primeros contactos diagnósticos. El hecho de comunicar con el profesional, remueve emociones y fantasías que habían estado apartadas, y la relación ofrece la oportunidad de revisarlas.

Se ha hablado mucho de analizabilidad, de indicaciones y contraindicaciones del tratamiento psicoterapéutico. Opino que tal vez no haya muchas contraindicaciones de psicoterapia, pero sí que una psicoterapia está contraindicada si el terapeuta, por desconocimiento del diagnóstico estructural, no adapta su técnica a las necesidades del caso. Entonces, es probable que la terapia tenga muchas posibilidades de fracasar.

Algunas observaciones para la discusión

— Se ha sugerido por parte de diversos autores, que una forma de obtener información sobre la estructura de personalidad y la posibilidad de incidir en ella, a través de un tratamiento, es evaluar el grado de plasticidad de las defensas, observando, por ejemplo, las posibles variaciones de éstas a lo largo del proceso diagnóstico. En el momento actual, se coincide en dar importancia a la evaluación de la parte sana de la personalidad, con la que deberemos contar como aliada en el trabajo en los momentos de dificultad.

— Es peligroso contentarse sólo con la detección de determinadas organizaciones defensivas que, por su rigidez, hacen difícil la observación del funcionamiento que subyace. Por ejemplo: organizaciones defensivas de tipo obsesivo-compulsivo, pueden estar al servicio del control de ansiedades psicóticas que subyacen y que pueden no manifestar sintomatología clínica evidente. Lanzarse a dismantelar estas organizaciones defensivas sin tener conocimiento de la totalidad de la estructura y, por lo tanto, sin planificación en el tratamiento, puede llevar a la desorganización psicótica o a provocar un mayor endurecimiento y rigidificación de las defensas.

— Otro escollo lo acostumbran a presentar las llamadas Personalidades «as if» o «como si» descritas por H. Deutsch (1934). Se designa así a un severo trastorno de la personalidad que crea la convicción ilusoria de estar viviendo auténticamente cuando existe en realidad una falta de compromiso con los propios pensamientos y emociones. Existe una

ausencia de profundidad en la experiencia emocional y una tendencia a imitar patrones marcados por otros. Inicialmente se pensó que era una entidad psicopatológica separada, que se daba predominantemente en mujeres, pero actualmente, la personalidad «como si» ha ido ganando un status descriptivo, utilizándose normalmente para describir rasgos de personalidad o de conducta, que forman parte de una estructura psíquica más compleja. Estos pacientes pueden realizar un tratamiento completo adaptándose tanto que aparentemente parece que progresen pero en realidad nada cambia. Requieren de una fina observación para detectar los aspectos de falsedad existentes.

— Patología borderline y narcisista: El narcisismo implica unas resistencias ligadas a este tipo de estructuras. Se deberá valorar la intensidad y rigidez de las defensas narcisísticas y hacer la indicación con el máximo conocimiento de éstas.

— Un apartado especial requieren los diagnósticos y tratamientos con adolescentes. Es necesario un aprendizaje especial para discriminar entre lo que es una crisis propia de la adolescencia más o menos llevada a un extremo, y una psicopatología real, que requiera de una intervención terapéutica.

Quiero decir, para terminar, que espero que mis reflexiones les hayan sido útiles en este difícil trabajo que nos une. A mi me ha servido para reflexionar aún más sobre la experiencia clínica y la lectura de diversos autores.

Pienso que no podremos ayudar a nuestros pacientes a romper con los viejos métodos defensivos, a sufrir dolor psíquico e ir adelante a pesar de ello, si no los podemos ir siguiendo paso a paso de cerca y evaluando los pequeños avances y retrocesos, a través de la transferencia.

BIBLIOGRAFIA

CODERCH, J. (1995). ¿Es posible el cambio psíquico?. Conferencia dada en la Fundación Vidal i Barraquer. Octubre 1995.

DEUTSCH, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. En *Neuroses and Character types*. New York: International Universities Press.

DEWALD, O. (1993). Psychic structure and psychic change. En: M. J. Horowitz, O. F. Kernberg & E. M. Weinschel: *Psychic Structure and Psychic Change*. Madison: International Universities Press.

SCHWARTZ, F. (1981). Psychic structure. *International Journal of Psycho-Analysis*, 62, 61-72.

M. Teresa Miró
Muntaner, 335, 4º 2ª
08021 Barcelona

Estabilidad de los items del TRO en la investigación del seguimiento terapéutico

V. Campo y N. Dow

RESUMEN

Esta comunicación se centra en el estudio de la estabilidad de los factores percepción e interpretación de la realidad, insight y elaboración y capacidad de reparación, en 11 casos de pacientes con el fin de aclarar aspectos importantes de la valoración de los items del TRO.

Este es un estudio piloto, técnico-teórico-clínico, continuación de nuestro interés en la utilización del TRO en el seguimiento terapéutico (Botbol, Campo, Dow y Galan, 1987; Campo, Dow y Tuset, 1993; Campo y Dow, 1993).

Técnico por cuanto se intentará clarificar e ilustrar el empleo de los items del test y su peso en la comparación de protocolos; *teórico* en tanto se tratará de discutir su relación con los cambios terapéuticos esperables y observables; y *clínico* porque el estudio se basa en la comparación de 11 casos, 7 tratamientos psicoanalíticos (3 de ellos terminados) y 4 casos de psicoterapia psicoanalítica, terminados. Estos casos, llevados por 5 terapeutas, tuvieron duraciones diferentes, motivos de consulta diversos y estructuras de personalidad distintas.

Tabla 1. Datos esenciales de la muestra

Caso	Edad y sexo	Tipo de terapia	Duración en años	Estructura personalidad	Motivo de consulta	TRO adminis.	Examinador
A	M 29	Psico-análisis terminado	6	Carácter obsesivo, base esquizoide	Depresión reactiva severa, impotencia	Antes y al final	V.C.
B	M 32	Psico-análisis terminado	10	Carácter obsesivo	Problemas de pareja	Antes y al final	V.C.
C	M 30	Psico-análisis terminado	5	Carácter depresivo	Depresión mayor	Antes y al final	V.C.
D	F 44	Psico-análisis continuado	5	Carácter histriónico base esquizoide	Depresión y síntomas somáticos	Antes y al 5o. año	V.C.

Caso	Edad y sexo	Tipo de terapia	Duración en años	Estructura personalidad	Motivo de consulta	TRO	Examinador adminis.
E	M 51	Psico-análisis terminado	2	Carácter fóbico-obsesivo	Depresión mayor	Antes y al año	V.C.
F	F 29	Psico-análisis continuado	1	Carácter obsesivo	Problemas de relación	Antes y al año	V.C.
G	F 29	Psico-análisis continuado	3	Carácter esquizoide	Problemas de relación	Antes y al 3er. año	V.C.
H	F 32	Psico-terapia continuada	6	Borderline	Depresión, inhibición intelectual	Antes y al 6to. año	N.V.
I	F 15	Psico-terapia interrumpida	5	Borderline	Adicción a drogas, perversión	Antes y al 5to. año	N.V.
J	F 18	Psico-terapia terminada	5	Carácter esquizoide	Inmadurez	Antes y al 5to. año	N.V.
K	M 22	Psico-terapia interrumpida por sujeto	1	Esquizofrenia paranoide	Adicción a drogas, intentos de suicidio	Antes y al año	V.C.

Cabe anotar, sin embargo, que el aspecto clínico será abordado con mayor detalle en un trabajo posterior.

Con respecto a la estabilidad de los ítems del TRO, nuestra hipótesis básica fue que la percepción del estímulo (Láminas), o sea, el ajuste perceptual a la realidad (I, ver tabla 2), se mantendría estable. Pero que a partir de la capacidad de «insight» y elaboración que abarca tanto el sentido e interpretación de la realidad (II, ver tabla 2) y la capacidad de reparación (III, ver tabla 2), los ítems de la prueba deberían variar como consecuencia del tratamiento. Sin embargo, también pareció lógico considerar que dependiendo de la estructura de personalidad de cada caso, los cambios podrían resultar mayores o menores. Además, en los tratamientos retestados después de un tiempo más corto, era posible suponer que la variación sería menor.

Tabla 2. Items del TRO utilizados

	I. Percepción de la realidad
Capacidad de	Adiciones
discriminación	Omisiones
	Ilusiones perceptuales
	Percepciones arbitrarias
entremundo	Ajuste perceptual (Sí vs. No)
interno y externo/	II. Sentido de realidad
bueno y malo/	1. Actitud hacia la prueba*
fantasía y	2. Percepción adecuada del clima emocional de la lámina
realidad	3. Estructura de la historia:
	a) Congruencia*
	b) Conflicto claramente expresado (Sí vs. No)
	c) Solución: realista o no-realista o inexistente
	Interpretación de la realidad (Sí vs. No)
Capacidad de	III. Capacidad de reparación
«insight» y	1. Creación propia vs. intelectualización
de elaboración	2. Grado de reparación de los objetos:
	a) Historia en 3 tiempos (Sí vs. No)
	b) Figuras humanas reales vs. irreales
	c) Vínculos predominantes: amorosos o destructivos o inexistentes
	Reparación (Sí vs. No)

* Eliminado

Método

La comparación de los 11 protocolos dobles -recogidos por 2 psicólogos distintos- se realizó en función del siguiente esquema (ver Tabla 2), derivado de las indicaciones de Phillipson (1955), Verthelyi (1976, 1983) y Grassano de Piccolo (1977), integrados y refinados por Dow (1993) en base a la experiencia de trabajos anteriores (Campo, Dow y Tuset, 1993; Campo y Dow, 1993).

Se introdujeron cambios en el primer esquema utilizado para la labor del seguimiento: Debido al hecho de que ignoramos la *actitud hacia el test* por falta de datos, este ítem fue eliminado.

Asimismo, en aras de lograr una mayor simplificación y mayor posibilidad de integración de los datos -desde ya dificultosa- y basándonos en la observación del material en general con respecto al sentido de realidad (II, ver Tabla 2), se procedió a eliminar el ítem *congruencia* (entre contenido humano, clima emocional y contenido de realidad) reemplazándolo simplemente por la *percepción adecuada del clima emocional de las láminas*.

Por otra parte, respecto del planteo del *conflicto*, se consideraron solamente dos extremos: presente o ausente. Y concerniente a su *solución*, se simplificó este ítem a tres criterios: realista, no-realista o inexistente.

Finalmente, en cuanto a la capacidad de *reparación* (III, ver Tabla 2), los apartados b) y c) fueron reestructurados del siguiente modo: b) figuras humanas reales o irreales y c) las relaciones predominantes son amorosas o destructivas o inexistentes.

El registro de los datos de comparación fue realizado de la siguiente manera: cada protocolo fue analizado tanto el primero como el segundo, a ciegas, por cada una de las dos autoras por separado; seguidamente se discutió la comparación final en conjunto, una vez aclaradas y consensuadas las dudas surgidas durante el primer análisis.

Hay que tener en cuenta, también, que el análisis de los protocolos se basó en las historias y sus interrogatorios.

Aparte del registro de los ítems, en su evaluación y en relación a su estabilidad (E), se decidió recurrir a 3 signos: igual (=), mejor (+) y peor (-), junto a los siguientes puntos de corte, elegidos sobre la marcha a título de experimento: la diferencia de puntos significativos sería mayor de 3 (referidos a la lectura *vertical* de los datos en cuanto a la presencia o no de cambios) y el porcentaje a aplicar respecto del cambio observado sería > 60% (referido *horizontalmente* al resultado total -TRO 1 + TRO 2- derivado de los 11 casos en cada ítem).

Ejemplos ilustrativos del empleo de puntajes:

Caso A: En la *percepción de la realidad* (ver I, tabla 2) se registraron 1 omisión y 2 ilusiones perceptuales durante el primer TRO; y 1 adición y 2 ilusiones perceptuales durante el segundo, con el resultado de 3 fallos en ambas pasaciones se consideró que el ajuste perceptual era adecuado -y estable igual (E=).

Caso D: Muestra 1 adición en el primer TRO y 2 en el segundo, además de 4 ilusiones perceptuales y 1 arbitraria. Por lo tanto el ajuste perceptual desmejora significativamente -y se muestra inestable negativo (I-).

Caso K: En cambio, en estos protocolos se registraron 3 omisiones, 2 ilusiones perceptuales y 1 arbitraria en la primera pasación, vs. 1 adición y 2 ilusiones perceptuales en la segunda, señalando así un ajuste perceptual mejorado -e inestable positivo (I+).

Ejemplos ilustrativos del empleo de porcentajes:

Hay que tener en cuenta que debido al número pequeño de casos las variaciones de los porcentajes resultarán altas.

Percepción del clima emocional de la lámina (ver Tabla 2: II.2): En 10 de los 11 casos el clima es correctamente percibido en ambas pasaciones y por lo tanto se muestra muy estable (91%). Sin embargo, si el punto de corte fuera de 3 ó 2, 3 casos empeoran y 1 mejora, de modo que la estabilidad bajaría al 54%.

En cuanto al ítem conflicto claramente expresado (ver Tabla 2: II.3b), la estabilidad pareciera ser alta: 82%. Pero aplicando un puntaje igual a 3 ó 2, la estabilidad desciende algo, al 64%.

Mientras que con respecto al ítem solución realista, no-realista o inexistente del conflicto (ver Tabla 2: 11.3c), la lectura horizontal total de ambos tests en los 11 casos da una estabilidad menor, del 64%. Nuevamente, al aplicar un puntaje igual a 3 o menor -2-, 1 sujeto empeora, 4 mejoran y 1 obtiene un resultado contradictorio, de modo que la estabilidad resultaría aún menor: 18%.

Resultados

Ajuste perceptual total (Tabla 3) 82% de estabilidad (más cualitativamente: 63%) porque un sujeto mejora y otro empeora ligeramente).

Tabla 3.

I. Percepción de la realidad y Ajuste perceptual

A* = Adición, O* = Omisión, I* = Ilusión perceptual, P* = Percepción arbitraria,
 T* = Puntuación total
 R* = Resultado final: Estable = E (mejorado: E+, igual: E=, peor: E-)
 Inestable = I (mejorado: I+, igual: I=, peor: I-)

TRO																							
1.º 2.º etc.																							
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K												
A*	0	1	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	
O*	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	3	0
I*	2	2	2	3	1	1	0	4	7	2	1	1	2	1	1	1	0	1	0	1	2	2	
P*	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	
T*	3	3	3	4	3	2	1	7	9	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	5	6	3

Estabilidad del ajuste perceptual total:

R*	E=	E=	E=	I-	I+	E=	E=	E=	E=	E=	E=+
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Interpretación de la realidad total (Tabla 4) 82% de estabilidad (más cualitativamente, 3 sujetos mejoran, 1 empeora y otro resulta contradictorio, o sea, la estabilidad podría reducirse al 45%).

Tabla 4.

II. Sentido de realidad e interpretación de la realidad

P* = Percepción adecuada del clima emocional de las láminas
 (Sí vs. No, los valores registrados son los negativos)
 C* = Estructura de las historias: Conflicto claramente expresado
 R* = Solución: realista
 N* = no-realista
 X* = inexistente

TRO
 1.º 2.º, etc.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K										
P*	1	1	0	2	4	0	3	4	2	0	0	1	2	2	2	8	4	1	4	5	4

Estabilidad de la adecuada percepción del clima emocional de las láminas:

	E=	E=	E=-	E=-	E=+	E=	E=	E=	E=	I+	E=-	E=										
C*	4	3	0	3	0	6	0	5	3	2	3	2	2	1	2	1	3	0	3	2	3	4

Estabilidad del conflicto claramente expresado:

	E=	E=-	I-	I-	E=	E=	E=	E=	E=	E=+	E=	E=										
R*	0	7	8	9	1	5	1	3	2	1	6	7	0	3	3	5	1	4	4	2	0	4
N*	0	0	0	0	1	0	10	3	2	3	0	1	12	9	3	1	4	0	2	1	3	3
X*	12	5	4	3	10	7	1	6	8	8	6	4	0	0	6	6	7	8	6	9	9	5

Estabilidad de la solución del conflicto:

	I+	E=	I+	I?	E=	E=+	E=+	E=+	E=+	E=+	E=-	I+
--	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

Estabilidad de la interpretación total de la realidad:

	E=+	E=	?	I-	E=	E=	E=	E=	E=+	E=-	E=+
--	-----	----	---	----	----	----	----	----	-----	-----	-----

Capacidad de reparación total (Tabla 5) 64% de estabilidad. Más cualitativamente este porcentaje debería modificarse en el sentido siguiente: 4 sujetos mejoran de modo evidente (I+: Casos A, B, C y K); 3 mejoran (E=+ Casos E, G y H); 1 empeora (E=- Caso D); y en 3 (E= Casos F, I y J) no se registran cambios mayores. O sea, el porcentaje de estabilidad disminuiría notablemente (al 26%).

Tabla 5.

III. Capacidad de reparación

1. Creación personal vs. intelectualización: C vs. I
2. Historia en 3 tiempos (Sí vs. No) S vs. N
3. Figuras humanas son reales (Sí vs. No) S vs. N
4. Relaciones objetales: Amorosas (A), Destructivas (D) o Inexistentes (X)

TRO
1.º 2.º, etc.

	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K	
C	11	12	12	12	12	11	12	10	12	12	12	11	11	12	9	10	11	12	8	11	10	12
I	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	3	2	1	0	4	1	2	0

Estabilidad de creación personal vs. intelectualización:

	E=		E=		E=		E=-		E=		E=		E=		E=+		E=		E=+		E=+		
S	5	10	8	11	8	9	12	9	0	5	11	12	3	8	11	12	12	12	9	9	10	12	
N	7	2	4	1	4	3	0	3	12	7	1	0	9	4	1	0	0	0	0	3	3	2	0

Estabilidad de historia en 3 tiempos:

	I+		E=+		E=		E=-		I+		E=		I+		E=		E=		E=		E=+	
S	12	12	12	12	12	11	5	4	11	12	11	12	10	12	11	11	9	11	12	12	8	10
N	0	0	0	0	0	1	7	8	1	0	1	0	2	0	1	1	3	1	0	0	4	2

Estabilidad de figuras humanas reales:

	E=		E=		E=		E=-		E=		E=		E=+		E=		E=+		E=		E=+	
L	2	12	2	11	0	10	6	5	5	5	6	7	4	6	8	11	3	5	3	4	3	8
D	8	0	8	1	8	1	5	5	2	5	6	5	4	5	4	1	6	6	6	5	7	2
X	2	0	1	0	4	1	1	2	5	2	0	0	4	1	0	0	3	1	3	3	2	2

Estabilidad de las relaciones objetales:

	I+		I+		I+		E=-		E=+		E=		E=+		E=+		E=		E=		I+	
	I+	I+	I+	I+	I+	I+	E=-	E=+	E=	E=+	E=	E=+	E=+	E=+	E=	E=	E=	E=	E=	E=	I+	I+

Estabilidad de la capacidad de reparación total:

Sí	Sí	Sí?	?	Sí?	Sí	Sí	Sí	Sí	?	?	Sí
I+	I+	I+?	E=-	E=+	E=	E=+	E=+	E=	E=	E=	I+
			Peor			Sin mayor cambio					Sin mayores cambios

Discusión

Como ha sido posible observar a través de lo hasta ahora descrito, el aspecto central de este estudio, la estabilidad de los ítems del TRO a través del tiempo, se ha comportado de acuerdo con la hipótesis inicial o sea, que el ítem más estable del TRO resultó ser, efectivamente, el ajuste perceptual, esto es, la percepción de la realidad de las Láminas -a pesar de que en ésta se registraron alteraciones menores y algunas mayores (percepciones arbitrarias) en el 100% de los casos. Y de modo decreciente, la estabilidad disminuyó en los ítems de interpretación de la realidad y aún más en cuanto a la capacidad de reparación, que resultó, según lo previsto, el ítem más inestable, en particular en el apartado de los vínculos; parecería claro que como consecuencia del efecto del tratamiento.

Más en detalle y como comentario respecto del ajuste perceptual, somos conscientes de que nuestra puntuación -asaz burda como ya fuera señalado- tal vez debería incluir puntajes más discriminatorios en relación al peso específico -y más cualitativo- de los ítems considerados. En otras palabras, valorar diferentemente las adiciones, omisiones, ilusiones perceptuales y las arbitrarias.

Algo similar ocurre con el ítem solución del conflicto, más inestable que su expresión clara -lo que posiblemente era de esperar después del período de tratamiento.

Asimismo cabría pensar más acerca de la importancia de la persistencia de vínculos destructivos (dentro de la estructura de personalidad y conflictos de cada caso).

Nos llamó la atención la estabilidad observada -en esta pequeña muestra- del ítem creación personal vs. intelectualización y de la realidad de las figuras humanas percibidas; mientras que la menor estabilidad de la historia en 3 tiempos nos parece bastante más lógica. Porque relatar una historia con pasado, presente y futuro indicaría una mejor capacidad de integración y desarrollo del conflicto.

Tal vez quepa señalar, por último, que las diferencias más llamativas con respecto al cambio en la calidad de los vínculos entre el primer y segundo TRO se dió en los 3 pacientes de psicoanálisis terminado (Casos A, B y C), y, curiosamente, en el paciente psicótico (Caso K: esquizofrenia paranoide) con una psicoterapia de un solo año de duración (Vínculos amorosos: Caso A = 2 aumenta a 12, caso B = 3 aumenta a 11, caso C = 0 aumenta a 10 y caso K = 3 aumenta a 8); pero además, en todos ellos disminuyen los vínculos destructivos, mientras que en la paciente borderline (caso H) ya predominaban los vínculos amorosos en el primer TRO (8 aumenta a 11).

Pensamos que aún cuando nuestras puntuaciones -experimentales y asaz burdas- fuesen sólo aproximativas, el TRO se presta muy favorablemente al seguimiento terapéutico y a la evaluación de los resultados de un tratamiento psicológico.

BIBLIOGRAFIA

BOTBOL, M., CAMPO, V., DOW, N. y GALAN, F. (1987). Rorschach y seguimiento: Un método de análisis de las respuestas para la evaluación terapéutica. Trabajo presentado en el XII Congreso Internacional de Rorschach, Guarujá, Sao Paulo, Brasil.

CAMPO, V., DOW, N., y TUSET, A. (1993). Assessment of change with the ORT (and the Rorschach) in a case of psychoanalytic treatment. *Studi Rorschachiani* (numero doppio), 47-57. Roma: Edizioni Kappa.

CAMPO, V. y DOW, N. (1993). Follow up with Rorschach and ORT: An approximation to differences and coincidences. Trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Rorschach, Lisboa, Portugal.

GRASSANO DE PICCOLO, E. (1977). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

PHILLIPSON, H. (1955). *The Object Relations Technique*. Londres: Tavistock.

VERTHELYI, R. F. (1976). *El Test de Relaciones Objetales de H. Phillipson*. Buenos Aires: Nueva Visión.

VERTHELYI, R. F. (1983). *Actualizaciones en el Test de Phillipson*. Buenos Aires: Paidós.

Vera Campo
Fernado Agulló, 24
08021 Barcelona

Aproximación a la relación entre variables del Rorschach previo a psicoterapia y la continuidad del tratamiento.

S. Sember, A. M^a Tuset y V. Campo

RESUMEN

Se comparan dos grupos de pacientes que han sido testados antes del inicio de un tratamiento y se identifican las variables que diferencian a quienes han aceptado o rechazado la intervención psicoterapéutica. La muestra está constituida por 38 protocolos de pacientes, de un mismo terapeuta, clasificados en dos categorías: los que interrumpieron el tratamiento antes de los tres meses contra la opinión del terapeuta y los que siguieron el tratamiento más allá de este período. Se identifican 14 variables Rorschach que diferencian a los dos grupos.

La interrupción de un tratamiento psicoterapéutico es una experiencia que cualquier profesional de este campo ha experimentado alguna vez. Las causas de esta interrupción pueden ser atribuidas, a grandes rasgos, a las características del paciente, a las del terapeuta, a la relación establecida entre ambos o la modalidad de terapia elegida. A menudo nos preguntamos si la evaluación previa a la terapia podría haber previsto tal interrupción y si se podía haber hecho algo para evitarla.

La utilización efectiva del Sistema Comprehensivo del Rorschach en la evaluación del cambio producido tras un tratamiento, hace suponer que podría proporcionar también datos interesantes sobre su interrupción. Hemos partido de los trabajos de Weiner y Exner (1990), Geller (1990) y Andronikof-Sanglade (1992), y de la selección de variables hechas por estos autores, con el objetivo de comprobar si tales variables diferencian a los sujetos que siguen un tratamiento de aquellos que lo interrumpen.

METODO

Sujetos

La muestra está constituida por 38 sujetos, 22 hombres y 16 mujeres, de edades comprendidas entre los 16 y los 45 años (media 29 años), de diversos niveles educativos (21 de enseñanza primaria y 17 de secundaria), que acuden a una consulta privada en su mayoría derivados por médicos de familia o ginecólogos. Los trastornos que presentan incluyen: Trastornos por ansiedad (12), depresión (9), trastornos psicósomáticos (6), trastornos de personalidad (5), esquizofrenia paranoide (4) e intentos de autolisis (2).

Procedimiento

Todos los sujetos fueron enviados a diagnóstico en las primeras entrevistas en las que el terapeuta, el mismo en todos los casos, les entrevistaba con vistas a algún tipo de intervención psicológica, dentro del campo de la terapia psicoanalítica.

El terapeuta propuso, en estas primeras entrevistas, completar la exploración previa al tratamiento con un diagnóstico que incluyera el Rorschach, comunicándole al paciente que se hacía con los siguientes objetivos:

— Acelerar el proceso de conocimiento del terapeuta para poder diseñar el tratamiento.

— Contar con un diagnosticador ajeno a la relación terapéutica con el objetivo de, más adelante, cuando se considerase oportuno, volver a pasar otro Rorschach y poder compararlos, obteniendo así una valoración de una fuente externa.

El proceso de derivación a diagnóstico, administración y comunicación de resultados, osciló entre una semana y doce días.

El diagnóstico fue realizado por dos psicólogos, que tuvieron libertad de administrar otras pruebas además del Rorschach (siguiendo las normas del Sistema Comprensivo). El evaluador comunicó los resultados al terapeuta, que fue el encargado de transmitirlos al paciente.

Se agruparon los sujetos en dos categorías según su actitud respecto de la oferta de psicoterapia:

1) Los que interrumpieron el tratamiento antes de los tres meses, contra la opinión del terapeuta (19 sujetos).

2) Los que siguieron el tratamiento (19 sujetos).

Se analizaron en ambos grupos los resultados obtenidos en las 27 variables seleccionadas por Weiner y Exner (1988), cuya presencia consideran los autores como indicadores de problemas en 6 áreas distintas:

1.- Dificultades en el manejo del estrés: $D < 0$, $AdjD < 0$, $EA < 7$ y $CDI > 3$.

2.- Dificultades en manejar la experiencia atenta, abierta, consistente y convencionalmente: $Ambitendencia, Z_d < -3.0$, $\Lambda > .99$, $X_+ \% < 70$ y $X_- \% > 20$.

3.- Problemas en modular el afecto de forma agradable y suficiente: $SumSh > FM + m$, $DEPI = 5$, $DEPI > 5$, $Afr < .50$ y $CF + C > FC + 1$

4.- Dificultades en la utilización efectiva de la ideación: $Sum6Sp Sc > 6$, $M \rightarrow 0$, $Mp > Ma$ e $Intelect > 5$.

5.- Problemas en el autoanálisis: $Fr + rF > 0$, $3r + (2)/R > .43$, $3r + (2)/R < .33$ y $FD > 2$.

6.- Dificultades para sentirse comfortable en las relaciones interpersonales: $p > a + 1$, $T = 0$, $T > 1$, $Pure H < 2$ y $H < [(H) + Hd + (Hd)]$.

Se compararon los resultados en cada variable para los dos grupos usando la prueba de χ^2 .

RESULTADOS

Dieciseis de las 27 variables presentaron diferencias significativas (nivel de confianza 0.5) entre el grupo de los que siguieron en terapia y el de los que abandonaron (Tabla 1). Las variables están listadas en orden de importancia, según el nivel de significación alcanzado.

Tabla 1.

Variables que diferencian significativamente a los sujetos que abandonan una terapia.

Variabes Rorschach	Valores de X ²
Lambda > .99	5.39
CDI > 3	3.64
3r+(2)/R < .33	2.66
EA < 7	1.80
M- > 0	1.68
SUM6 > 6	1.58
Fr+rF > 0	1.58
T=0	1.58
X+% < .70	1.12
Intelect. > 5	1.12
Afr < .50	1.05
X-% > .20	0.95
H<[(H)+Hd+(Hd)]	0.49
3r+(2)/R > .43	0.49

X² = 0.455 para p ≤ 0.5.

DISCUSION

Según estos datos, existe una relación entre los resultados en las 9 variables recogidas en la Tabla 1 y el abandono de la terapia. Los sujetos que abandonan el tratamiento, presentan con mayor frecuencia que los otros: *Lambda alto* (simplificación, defensa rígida), *CDI alto* (falta de recursos, inmadurez), *3r bajo o alto* (es decir más alterada la autoestima que los otros), *EA bajo* (es decir, pocos recursos ideacionales/emocionales), *muchos FE* (trastornos de pensamiento), *pocas H puras* (poco interés y visiones parcializadas o poco realistas), *T = 0* (bajo interés por el contacto íntimo, emocional), *X+% bajo y X-% elevado* (es decir, hay más sujetos que distorsionan entre los que abandonan). Podríamos resumir diciendo que estos sujetos tienden a simplificar, que tienen menos recursos, más alterada su autoestima, que tienen mayor trastorno del pensamiento, una visión menos realista de los otros y menor necesidad de contacto y que perciben de forma más distorsionada.

No tienen en cambio *elevadas las M-* (trastorno de la ideación, dato

que choca con la presencia de fenómenos especiales), *ni las Fr* (narcisismo), *ni el Intelec* (abuso de la intelectualización), *ni un bajo Afr* (no tienen desinterés por los estímulos afectivos). En resumen, no tienen más dificultades en la utilización efectiva de la ideación, ni abusan de la intelectualización, ni tienen el tipo de autoestima alterada representada por las respuestas de reflejo, ni tienden a rehuir los estímulos emocionales.

De acuerdo con los valores de X^2 podríamos concluir que, de todas estas características, las más significativas son la simplificación y falta de recursos y la baja autoestima.

Las variables Rorschach que diferencian a los dos grupos pertenecen a todas las categorías definidas por Weiner y Exner (1990), aunque nuestros resultados apuntan en el sentido de ser las relacionadas con las «dificultades en el manejo del estrés» las que más diferencian a los dos grupos, siendo las personas con más dificultades las que más abandonan.

Si estos resultados se confirmaran en estudios más amplios, podríamos pensar que, en caso de encontrarnos una constelación de datos como la descrita, no sería aconsejable una terapia de corte psicoanalítico.

El riesgo de que estas personas abandonen comporta la posibilidad de que acaben no beneficiándose de ningún tipo de tratamiento. En cambio, ofrecerles un abordaje menos ambicioso pero más cercano a sus posibilidades reales, y más aceptable por ellos, puede abrir el camino a una ayuda más efectiva.

BIBLIOGRAFIA

- EXNER, J. E. AND SANGLADE, A. (1992). Rorschach Changes Following Brief and Short-Term Therapy. *Journal of Personality Assessment* 59(1), 59-71.
- GELLER, S. C. (1990). Objective measurement of changes in psychoanalysis assessed by the Comprehensive Rorschach System. *British Journal of Projective Psychology* 35(1), 67-77.
- WEINER, I. B. Y EXNER J. E. (1990). Cambios en el Rorschach en las psicoterapias a corto y largo plazo. *Revista de la SERYP*, (3) 4-16.

Silvio Sember
Gran Vía, 562, 5º 6ª
08011 Barcelona

Planificación de la terapia psicoanalítica mediante el Test de Rorschach

M. Vives

INTRODUCCIÓN

La planificación del tratamiento psicológico ha sido desde hace años objeto de estudio, como lo prueban los trabajos de Exner (1978), Coderch (1987), Exner y Weiner (1988), Exner y A. Sanglade (1990), entre muchos otros.

En dichos estudios se plantean determinadas variables o agrupaciones de variables que, aisladas o conjuntamente, influyen en la decisión de inicio y posterior investigación del tratamiento. Destacaríamos, además, los trabajos de Castillo (1990, 1991), en cuya tesis recoge los fundamentos para la investigación de la psicoterapia.

Iniciar una psicoterapia psicoanalítica, efectuando un análisis previo de los valores del Resumen Estructural del Rorschach suele ser muy ilustrativo, ya que ofrece al terapeuta la posibilidad de elaborar estrategias de intervención realistas, planificar un orden de prioridad en las necesidades de atención y demanda de los padres, pero, sobre todo, facilita al paciente la oportunidad de conocer casi de inmediato su conflicto, y comprender la conveniencia o la necesidad del cambio.

OBJETIVOS

Este estudio tiene por objeto investigar, en primer lugar, las variables o agrupaciones de variables del Resumen Estructural del Rorschach que influyen en la decisión y planificación del Tratamiento Psicológico. Posteriormente, se estudiarán las variaciones observadas en algunas de las principales variables del test.

MÉTODO Y PROCEDIMIENTOS

La *muestra* consta de 15 sujetos, de edades comprendidas entre 8 y 15 años. Todos ellos, excepto cuatro (dos pacientes depresivos, uno fóbico y otro, borderline), consultaron por «déficits instrumentales y emocionales» que repercutían negativamente en sus resultados escolares. Una vez descartadas como causa del supuesto «fracaso escolar» las deficiencias instrumentales, se revisaron exhaustivamente las diferentes variables estructurales (estilo básico de respuesta, control, ideación, procesamiento y mediación cognitivos, afectividad, autoestima y relaciones interpersonales).

El análisis de los datos obtenidos permite recomendar y planificar una psicoterapia. Cinco de los doce pacientes que iniciaron tratamiento fueron retestados al cabo de algunos años. Se aplicaron en la fase diagnóstica entrevistas, gráficos, Bender, WISC, tests instrumentales, test PN (tres sujetos) y Rorschach. En la fase de retest se aplicaron exclusivamente entrevistas, gráficos y Rorschach.

RESULTADOS

El análisis de las variables estructurales del test, cuyas principales características quedan reflejadas en la descripción de cada sujeto, determinó la planificación e inicio de su tratamiento psicológico.

Sujeto nº 1: Ignacio

El primero de los sujetos estudiados es un niño de 8 años, cuyo principal motivo de consulta es su sintomatología depresiva, con énfasis en sus características maníacas ($W\uparrow > M$), como forma de negar su realidad dolorosa ($C'+T+Y+V=0$). Es un chico extratensivo (EB), que tiene gran dificultad para relacionarse de forma ágil y adecuada con los demás (Mu en H pura es raro para un niño de 8 años); que además niega su ansiedad (m , Y), indefensión (Y) y sentimientos dolorosos. Resulta llamativa la abundancia de códigos especiales (todos ellos de nivel 1), cuyo estudio puede inicialmente confundir al clínico, que pudiera otorgarle un falso diagnóstico en su funcionamiento cognitivo.

Sujeto nº 2: Juan Manuel

J. M. es un niño de 10 años introversivo, inhibido y rígido, que tiende a verificar introspecciones negativas, dolorosas, con sentimientos de destrucción y muerte; tiene dificultad para contactar con los demás (Mo en H; $T=0$; $S=10$; $AG=1$), debido, principalmente, al impacto de sus fantasías negativas y destructivas. Es excesivamente concreto y guarda demasiada rabia u odio para sus 10 años ($S=10$). Distorsiona la realidad, especialmente en situaciones en las que se implica emocionalmente ($X+\% \downarrow$). Es inmaduro ($es > EA$, $FM > M$, m elevada), centrado en sí mismo [$3r+(2)/R\uparrow$], mostrándose aislado, inseguro y ansioso.

Sujeto nº 3: David

Se trata de un niño de 10 años muy inteligente, introversivo, esquizo-paranoide y fóbico, excesivamente racional para su edad. Niega sus sentimientos dolorosos ($C'+T+Y+V=0$); es pasivo-dependiente ($p > a$; $Mp > Ma$, respuestas de comida, $Fd > 0$), con dificultades para procesar sus emociones (Afr muy bajo). Es un niño muy observador que aprovecha poco dicha capacidad (Zff , $Zd > 3,5$). No distorsiona seriamente la realidad, pero puede establecer conclusiones defectuosas y parciales a partir de falsas premisas

(FABCOM). El miedo a ser invadido por sus fantasías dificulta su contacto interpersonal.

Sujeto nº 4: Elisenda

Esta adolescente de 15 años empieza a preocupar a sus padres por su conducta independiente, actitud despreocupada, además de mostrarse aislada, introversiva y sutilmente contestataria. Controlada sólo en apariencia ($D=0$; $D\text{ aj.}=+1$), es, al mismo tiempo, inmadura, afectivamente restringida (C'), y con un dominio relativo de sus emociones ($C'=2$; $FC > CF+C$). Tuerce la realidad ($F+\%↓$, $X+\%↓$), pudiendo falsearla cuando interviene el afecto; revisa detenidamente todos los detalles de su campo de estímulos ($Zf↑$), pero dicha energía no le sirve para adaptarse al medio de forma eficaz (Zd muy superior a la media). De su experiencia anterior queda aún mucho enojo, ($S↑$, $AG↓$, An), que dificulta su relación interpersonal, en la que juegan un papel importante su indefensión ($Y↑$), así como la tendencia a idealizar (H) y a torcer la realidad (FABCOM1, INCOM1).

Sujeto nº 5: HJE

Sus padres consultan por su bajo rendimiento escolar y déficits emocionales. Su forma de adaptarse a los problemas es muy ambivalente (EB); suele actuar movido más por sus necesidades e impulsos ($FM > M, m$) que por sensaciones dolorosas (Y, V), y restrictivas (C'), que ha ido acumulando gradualmente. Inteligente y receptivo a la estimulación afectiva (Afr), responde de forma controlada para su edad ($FC > CF+C$), siendo muy inhibido en todas sus manifestaciones afectivas (C', FC); dicha característica repercute negativamente en la relación con los demás (M en Hd); mostrándose en esta interacción, flexible ($a:p$), con tendencia a la pasividad y a la dependencia (valores p y Mp superiores a $act.$ y Ma).

Sujeto nº 6: Jordi

Es un chico de 12 años, que actúa por ensayo y error (EB), combinando sus actuaciones impulsivas con enfoques más reflexivos; es rumiativo, pasivo ($p > a$, $Mp > Ma$) organiza bastante mal su entorno, especialmente cuando intervienen sus sentimientos (tensión, m ; indefensión, Y ; enfado u oposicionismo, S , agresividad, AG), sentimientos que influyen en su distorsión e interpretación parcial de la realidad. Tiende a expresar muy poco sus afectos ($FC > CF+C$), que reprime (C'); se defiende no enterándose de sus necesidades, simplificando y disociando sus dificultades; hecho que haría esperar posibles e imprevisibles actuaciones (Λ). La baja autoestima [$3r+(2)/R$] contrasta con unas metas excesivamente altas en relación a su capacidad natural ($W:M$). Pese a su interés en las personas, H , se relaciona de forma parcial (M en Hd , incremento de Dd), o idealiza sus «objetos», hecho que repercute en los procesos de identificación, y en el establecimiento de una relación interpersonal adecuada (Mo en H pura).

Sujeto nº 7: Adriana

Se trata de una preadolescente de doce años, introversiva (EB), tímida y sensible al estímulo emocional (Afr↑) que, ante el temor de quedar atrapada en sus emociones dolorosas (Y, V) e impulsos, los inhibe y reprime (C'). Tolera muy poco sus constantes frustraciones (es>EA; D y Daj.), frente a las que no ha sabido erigir un sistema defensivo adecuado. Posee un mal concepto de sí misma [3r+(2)/R↓]. Es rígida (a:p) y tuerce la realidad (F+%↓, X+%↓, CC.EE.), pudiendo ser bastante agresiva (S↑, An=0); en consecuencia, su contacto con los demás es deficitario (Mu, M- en Hd).

Sujeto nº 8: Javier

Es un adolescente de 15 años, introversivo (EB), rígido (a:p), pasivo (Fd), indefenso (Y, MOR↑), y rebelde a un tiempo (AG↑); atraviesa períodos, en los que se observan comportamientos maníacos [3r+(2)/R↑] y depresivos destacables (DEPI↑); ha sufrido varias «crisis» como salida a su insoportable angustia. Es un chico muy inteligente (DQ+, W, M, Zf, Zd, F+% y X+%), cuyo «caos» interno se ha ido estructurado (D+) impidiéndole utilizar y organizar (Zd><3,5) sus recursos. Distorsiona gravemente la realidad (CONTAM, FAB2), siendo muy difícil en estas circunstancias [(H)↑] mantenerse y establecer con los demás relaciones gratificantes y llenas de sentido (Mo en H pura).

Sujeto nº 9: Carlota

Los padres de esta niña de 9 años consultan debido a su bajo rendimiento en la escuela, que está muy por debajo de sus posibilidades reales. Se trata de una niña que vive inmersa en un mundo de fantasía, en el que se ha cerrado a cal y canto [(H),(Hd)↑]; en consecuencia, expresa muy poco sus afectos y necesidades (C', FC:CF+C=0), llegando a desorganizarse (D-) y a perder el control sobre sus acciones (Lambda↑). Esta circunstancia hace que no preste atención ni pueda concentrarse en sus tareas intelectuales (énfasis en D y Dd, cuya inmediata consecuencia es el «fracaso» en las tareas escolares).

Sujeto nº 10: José Manuel

Es un niño de 8 años pasivo-dependiente (a:p; Ma:Mp), que lo espera casi todo del medio; es sensible (Afr↑), emocionalmente constreñido (C'↑, FC:CF+C=0); tiene buen contacto con la realidad (F+% , X+%), pero los fuertes celos que siente hacia sus hermanas han ensombrecido su intercambio emocional, frenando sus capacidades, tanto intelectuales (fracaso escolar) como perceptivas (CC.EE), emotivas y relacionales [M en H y (H)].

Sujeto nº 11: Amanda

Su madre consulta por «fracaso escolar», pero está preocupada por su carácter. Es una preadolescente de 12 años muy defendida (F+%↑) y

encerrada en sí misma con férreos controles; como contrapartida, se observa un empobrecimiento afectivo ($Afr\downarrow$; $FC:CF+C\downarrow$). Su pérdida de autoestima [$3r+(2)/R\downarrow$] le impide satisfacer sus necesidades más inmediatas ($FM\downarrow$) y lograr experiencias emocionales gratificantes ($M, H; T=0; FC:CF+C=0; Z_d, eb$).

Sujeto nº 12: Carlos

Este preadolescente de 15 años, pasivo-agresivo ($a=p; Mp>Ma, AG$), indefenso ($Y\uparrow$), ansioso (m, Y), y actuador ($\Lambda\uparrow$) que no puede aprovechar debidamente sus recursos ($es>EA$). Es un chico indeciso (EB), desorganizado ($D-$), con pocos intereses humanos (H) y relacionales ($M=0, T=0$), que tuerce los datos de la realidad ($FAB2, INCOM2, DV2$), restringiendo la expresión de sus afectos y emociones ($C'\downarrow, FC>CF+C\downarrow$).

Sujeto nº 13: Pablo

Se trata de un chico de 12 años pasivo ($p>a$), muy inhibido ($C'\downarrow\downarrow$) y empobrecido afectivamente ($Afr\downarrow, T=0$). Es desorganizado ($es>EA, Daj.$) y suspicaz ($Hd\uparrow\uparrow$); opta por la respuesta más fácil (D, P), restringe, primero y actúa sus impulsos ($\Lambda\uparrow\uparrow$), pudiendo ser muy agresivo ($AG\uparrow$); llama la atención, sin embargo, su gran resignación e indefensión ante circunstancias internas negativas, desfavorables y ansiógenas ($V, Y, CDI\uparrow, m, Hd$).

Sujeto nº 14: Arturo

Es un preadolescente de 11 años muy restrictivo ($C'\uparrow$), encerrado en sí mismo y muy poco productivo ($R\downarrow$). Es rígido ($a:p$), aislado, indefenso (CDI); evita cualquier manifestación afectiva ($Afr\downarrow\downarrow, FC:CF+C=0, T=0$), que siente y vive de forma persecutoria [$(H), Hd, (Hd)$], primitiva y desagradable. Trata de captar y recoger minuciosamente todos los estímulos de su ambiente ($Zf\uparrow$), pero, a pesar de estar muy alerta no consigue organizar adecuadamente su entorno ($Z_d><3,5$), al no poder diferenciar lo esencial de lo secundario, ni simplificar sus dificultades (L), tratando de ser más objetivo. Se interesa por las relaciones interpersonales (M, H), en las que no puede transmitir ni calor ni afecto ($T\downarrow$), hecho que forzosamente comporta la vivencia de experiencias frustrantes ($es>EA$).

Sujeto nº 15: Miguel

Los padres de este adolescente de 15 años consultan por su carácter indeciso (EB) y difícil ($S\uparrow$), hasta el extremo de temer por su seguridad física, dada su explosiva agresividad ($AG\uparrow$). Es un chico muy inteligente ($DW+$ y $DQ_0, Zf, DM \Rightarrow x$), que rinde muy por debajo de sus posibilidades. Es inmaduro ($es>EA; FM>M; a:p; CF+C>FC$), muy centrado en sí mismo [$3r+(2)/R\uparrow\uparrow$], a costa del abandono de las otras personas ($H\downarrow, M\downarrow$) a quienes desprecia (S, AG, An) y utiliza.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Se han aplicado análisis cualitativos. Nos centraremos en el estudio de las diferentes agrupaciones de variables, que consideramos básicas, con objeto de determinar, para cada sujeto, el comienzo de su tratamiento. Revisaremos los valores más representativos del Cuadrilátero, de la Ideación, Procesamiento, Mediación, Afectividad, Percepción y Autoestima.

Análisis cualitativo y comparativo de las principales variables afectadas

— *Erlebnistypus* (EB), *Experiencia base* (eb), *Experiencia actual* (EA), *Estimulación experienciada* (es), *Control y tolerancia al estrés* (D y Daj.) *Lambda* (L)

Un análisis de las variables del *Erlebnistypus* (EB) nos permite detectar la presencia de 8 pacientes introversivos (53,3%), 2 extratensivos (13,3%) y 5 ambiguaes o indecisos (33,3%).

Una revisión exhaustiva de los valores de la *Experiencia Base* (eb) aporta los siguientes datos: En primer lugar, se observa un predominio de las variables del lado izquierdo del eb (FM+m) sobre las de color acromático y de claroscuro (C'+T+Y+V) en diez del total de quince sujetos (66,6%), indicándonos que son susceptibles de responder a necesidades primitivas antes que a las afectivas o dolorosas.

En segundo lugar, se observa un incremento de las variables del lado derecho del eb (C'+T+Y+V) en tres de los quince sujetos (20%), dos de los cuales son considerados depresivos. Finalmente, la igualdad en ambos lados se detecta en dos sujetos (13,33%).

El análisis de las variables de color acromático (C') y claroscuro (Y,T,V) mostraría un incremento de las primeras (C') en cuatro sujetos (26,6%), valores C' = 0, en seis (40%), obteniendo los cinco restantes valores alrededor de la media (33,3%).

En cuanto a la relación C' y color (FC:CF+C), observamos una producción equilibrada de ambas variables en 4 sujetos (26,6%); incremento de C' con ausencia de color en otros 4 sujetos (26,6%); respuestas de color sin C' para seis sujetos (40%) y ausencia de ambos valores en un solo sujeto. Dichos resultados mostrarían la relación existente entre una inhibición elevada (C'↑) y baja o nula espontaneidad (FC:CF+C=0). Al contrario, a mayor expresión afectiva se detectaría una disminución de la inhibición y represión del afecto (C'↓).

La ausencia de Textura se detecta en doce sujetos (80%) y, en el resto, se encuentra en los valores medios. Se ha observado que esta variable no aparece en nuestros sujetos hasta los 10 años, coincidiendo con los resultados obtenidos por Exner a esta edad. Carecen de sombreado difuso (Y) seis sujetos, incrementándose sus valores (Y) en los nueve restantes.

En estos nueve pacientes se registra la presencia o incremento además de C', del contenido mórbido (MOR) y de la proporción afectiva (Afr).

Si comparamos el significado de las variables básicas (EA, es), observaremos que los valores de la Experiencia Actual (EA) superan a los valores de la Estimulación experienciada (es), en dos casos (13,33%), correspondientes a adolescentes jóvenes aparentemente más maduros; mientras que los valores de la Estimulación Experienciada (es) son mayores a los de la Experiencia Actual (EA) en doce sujetos (80%), siendo EA = es, en un solo caso. El valor es > EA constituye, en este grupo, una de las variables típicas y comunes observadas en muchos preadolescentes y, en determinadas situaciones, sería, por sí mismo, objeto de tratamiento (D-2, D-3; D+3, ó D=0 y D ajustada=-2).

En cuanto a las características de «control» (variables D y D ajustada), obtenemos para ocho sujetos D = 0 (53,3%), de los que cinco poseen Daj. = 0. Los valores Daj.-1 y -2 (seis sujetos, 40%) reflejarían la tendencia a la desorganización y al desequilibrio.

Otra variable relacionada con el «control» es Lambda. En este grupo, cinco sujetos (33,3%) obtienen resultados Lambda elevados y muy superiores a la media, indicándonos su tendencia a simplificar y a efectuar actuaciones descontroladas y sorprendentes (siete sujetos, 46,6% obtienen valores Lambda dentro de la media -cuatro en el límite superior- y tres sujetos obtienen valores sensiblemente inferiores a la media).

— Ideación (Calidad de las M, a:p, Ma:Mp, CC, EE)

La relación exclusiva de Mo en un contenido H pura no se desarrolla, como era de esperar, en ninguno de los trece protocolos que contienen M (86,6%); ya que todas las Mo se encuentran junto a contenidos de detalle humano o entre paréntesis (Se observa Mo en H, junto a Mu en H en seis sujetos; Mu en H para un sujeto; Mo y Mu alternan H pura y otros contenidos entre paréntesis, para otros cinco sujetos; finalmente, se obtienen Mo en H y Hd, en un solo sujeto).

Una revisión de las variables a:p y Ma:Mp nos permite constatar la flexibilidad en 4 pacientes (26,6%), de los que 3 tienden a la pasividad; predominio de la rigidez en 9 pacientes (60%) y pasividad en 2 (13,33%).

La producción de códigos especiales señalaría la presencia en casi todos ellos (86,6%), junto a la distorsión perceptiva, de trastornos graves del pensamiento. Se ha tratado de relacionar la presencia o ausencia de códigos especiales con la producción de respuestas de movimiento humano (M), tal como obtuvimos en el estudio de un grupo de niños de nueve años (Vives, 1987). Finalmente, observamos el incremento de INCOM2 en cinco sujetos (33,3%); presencia de CONTAM en uno; producción de una FABCOM2 en ocho sujetos (53,3%), énfasis en MOR, en seis (40%), y ALOG, en dos.

— *Procesamiento* (DQ, Zf, Zd)

Un análisis de las variables de la calidad evolutiva permite detectar cierto énfasis en DQ+ y DQo para dos (13,33%) y once sujetos (73,3%) respectivamente, y ausencia de DQ+ en un sujeto. Creemos que la relación de las variables Zf y Zd contribuyen a decidir el inicio de tratamiento. En este estudio, hemos considerado conjuntamente ambas variables, hallando valores Zf alrededor de la media o muy altos, junto a valores Zd > a +3,5 en 8 sujetos (53,3%) y valores Zd < -3,5 para 3 sujetos (20%).

— *Mediación Cognitiva* (F+%, X+%, X-%)

Los valores del contacto con la realidad (F+% y X+%) se sitúan alrededor de la media en cuatro sujetos (26,6%); en el resto de pacientes (73,3%) se observa la torsión (dos se encuentran entre el 60% y 70%) o distorsión de la realidad [valores inferiores al 60% en siete sujetos (46,6%); y en otros dos (13,33%), sus valores, aunque inferiores, se presentan contrapuestos (X+% y F+%↑)].

— *Afectividad* (Afr, FC:CF+C, S, DM)

El análisis de las variables incluidas en este cluster nos muestra valores Afr muy inferiores a la media en diez sujetos (66,6%), indicándonos su tendencia a retraerse del estímulo afectivo; otros cuatro (26,6%) obtienen valores Afr por encima de los valores medios, mostrando con ello su sensibilidad ante dicho estímulo, aunque depende cómo interactúe ésta con las restantes variables del cluster. Sólo un paciente obtiene resultados dentro de la media.

En la proporción FC:CF+C se obtiene un predominio de FC sobre CF+C para tres sujetos (20%); énfasis en CF+C, que supera a FC, para otros tres sujetos (20%), y la igualdad de ambos términos, FC=CF+C en un sujeto. Llama la atención la ausencia del determinante color (FC:CF+C = 0) en ocho sujetos (53,3%), en cuatro de los cuales se ha incrementado la producción de C'.

Referente al manejo de la agresividad (S) y la forma de expresarla, nos ha parecido interesante relacionar espacio blanco (S) con las variables de anatomía (An) y agresividad (AG). El resultado nos permite observar la dificultad de once sujetos (73,3%), especialmente nueve, quienes, a pesar de poseer valores S elevados, no pueden expresar abiertamente su agresividad (AG=0). Constituiría otra agrupación de variables que contribuirían a decidir el inicio del tratamiento.

— *Autoestima y percepción interpersonal* [3r+(2)/R], V, FD)

En el Índice de Autoestima [3r+(2)/R], los quince (100%) prescinden de la respuesta de reflejo (Fr, rF), cuatro (26,6%) obtienen en el Índice de

Egocentricidad valores dentro de la media, seis (40%) obtienen puntuaciones inferiores a la media y en tres (20%), los valores del Índice se hallan por encima de los esperados a su edad. Dan respuestas de vista (FV) cinco sujetos (33,3%) y cuatro (26,6%) obtienen valores FD iguales o superiores a dos. Las respuestas de comida (Fd) se registran entre los niños pasivo-dependientes y/o con problemas alimentarios, quienes rechazan la comida, o ésta es utilizada como medio de resistencia y enfrentamiento con sus padres.

CONCLUSIONES

Observaremos, en primer lugar, la presencia de variables que dotan al sujeto de un relativo control de sus afectos, necesidades e impulsos y emociones ($D=0$, $D \text{ ajust.}=0$), sin embargo, un análisis exhaustivo permite constatar si dicho control es sólo aparente, hecho que se constata en el 75% de nuestros sujetos.

Las variables que traducen experiencias negativas dolorosas (restricciones afectivas, C' elevada; indefensión, incremento de Y ; introspección dolorosa, V), estudiadas conjuntamente, o junto a otras variables no relacionadas con el claroscuro ($FC:CF+C$), mostrarían cuánta inhibición debería ser expresada; en otras palabras cuántos valores (C') deberían convertirse en respuestas FC ó CF para restaurar el equilibrio emocional del sujeto.

Es de destacar el papel del Índice de autoestima [$3r+(2)/R$] y su repercusión en la relación interpersonal, ya que según sea inferior o muy elevado su valor, podría determinar una imagen deteriorada de sí mismo o ser ésta sobreelaborada.

Otra agrupación de variables, que influye en la decisión de tratamiento, es la que detecta el deficitario contacto con la realidad ($F+\% \downarrow$, $X+\% \downarrow$, $X-\% \downarrow$), la incapacidad para ver lo obvio, incluso si esta habilidad se halla sensiblemente disminuída ($D \downarrow$ Populares \downarrow); las que indican la presencia de trastornos del pensamiento ($WSUM6$; códigos especiales más graves, $CONTAM$, DR , FAB , etc.), o la pérdida de la precisión perceptual ($FQx > FQxu$).

Otras correlaciones de variables traducen no sólo la capacidad del sujeto para escrutar detenidamente la realidad, o el medio circundante (Zf), sino que indican hasta qué punto una persona observadora se beneficia o no de su habilidad perceptiva inicial (Zd). De este modo, una producción Zf normal o alta, junto a valores muy elevados $> +3,5$, podría justificar por sí misma el tratamiento.

Finalmente, otra agrupación reflejaría la influencia de las variables relacionadas con el procesamiento del estímulo afectivo (Afr), la búsqueda o el control de necesidades afectivas (T , $FC:CF+C$), o la carencia o el abandono de dicha necesidad ($T=0$), el deficiente manejo de su agresividad

(alta producción de S), cuyo valor habrá que relacionar con la forma que tiene el sujeto de expresarla abiertamente (AG↑) o somatizarla (An↑).

En resumen, hemos observado cómo influye negativamente en el sujeto la presencia de códigos especiales graves (CONTAM, FAB2), el incremento de formas rígidas de defensa y la pérdida de la precisión perceptual (Lambda↑ o muy alto, X-%↑) o la falta de contacto con la realidad (F+-%↓, X+-%↓); de qué forma repercute la ausencia de otras variables, que podríamos considerar fundamentales: el interés (H pura) y la necesidad de aproximarse a los otros (T), la eficacia y permanencia de dicho intercambio (Mo), o el énfasis en aquellas variables que, consideradas conjuntamente, determinan o favorecen la decisión de tratamiento (Zf y Zd; Mo y H pura o (H), Hd o A; S, AG y An; C' y FC:CF+C, etc).

Concluimos, pensando, una vez más, que el Test de Rorschach es un instrumento diagnóstico muy valioso, no sólo en el Proceso Evaluativo, sino y especialmente en el momento de cuestionar, decidir o clarificar el tratamiento psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. (1978). *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- AJURIAGUERRA, J. & MARCELLI, D. (1982). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3ª Ed. Rev.)*. Barcelona: Masson.
- CANTWELL, D. P. & CARLSON, G. A. (1987). *Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- CODERCH, J. (1979). *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona: Herder.
- CODERCH, J. (1987). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- DEWALD, P. A. (1973). *Psicoterapia: Un Enfoque Dinámico*. Barcelona: Toray.
- DUHRSEN, A. (1976). *Psicoterapia de Niños y Adolescentes*. México: Fondo de Cultura Económica.
- EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. I. Basic Foundations* (2nd. Ed. Rev.). New York: Wiley & Sons.
- EXNER, J. E. (1990). *A Workbook for the Comprehensive System*. Asheville, NC: Rorschach Workshops.
- EXNER, J. E. (1991). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. II. Interpretation* (2nd. Ed.). New York: Wiley & Sons.
- FIORINI, H. J., PEYRÚ, G. M. (1978). *Aportes Teórico-Clínicos en Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FREUD, A. (1977). *El Psicoanálisis Infantil y la Clínica*. Buenos Aires: Paidós.

- GRASSANO, E. (1977). *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRINBERG, L. (1977). *Prácticas Psicoanalíticas Comparadas en Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- HAMMER, E. F. (1969). *Tests Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- KLEIN, M. (1977). La Técnica de Análisis Tempranos. En M. Klein, *Psicoanálisis de Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- ZAZZO, R. (1971). *Manual para el Examen Psicológico del Niño*. Madrid: Fundamentos.

María Vives
Provenza, 304, 3.º 2.ª
08008 Barcelona

Análisis de las variables Rorschach en un paciente borderline: estudio longitudinal

M. L. Plumed, A. Tamayo y J. M. Arrieta.

RESUMEN

Durante mucho tiempo se consideró que las perturbaciones fronterizas eran aquéllas que transitaban con facilidad de la neurosis a la psicosis. Sin embargo, desde hace ya unos años se acepta que las alteraciones fronterizas son constelaciones psicopatológicas estables, cuya presentación clínica puede variar, aunque manteniendo determinadas características típicas: poca evidencia de un desorden de pensamiento, aunque aparezcan pequeños deslices cognitivos, impulsividad e impredecibilidad de la conducta, relaciones interpersonales inestables y falta de control emocional.

El caso estudiado es un varón que acude por primera vez a la consulta ordinaria del Servicio de Psiquiatría de un Hospital General (Fundación Jiménez Díaz, Madrid) en 1984 con 29 años de edad, derivado del Servicio de Cirugía Vascul ar por afectación del nervio cubital (intolerancia al dolor); y siguesiendo visto por nosotros en la actualidad. Durante estos once años se le ha aplicado en cinco ocasiones el test de Rorschach, coincidiendo con sus revisiones periódicas. Destacamos que, en ningún momento a lo largo de estos años, ha mantenido tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico.

En este trabajo, se ha realizado un análisis de las variables estructurales, en un caso cuyo diagnóstico psiquiátrico borderline y tipo vivencial ambigual se han mantenido durante once años. Se ha estudiado, mediante técnicas cuantitativas, la evolución de las variables del Rorschach a lo largo del tiempo, determinando su nivel de estabilidad y analizando el comportamiento de las variables estructurales. También se ha efectuado una comparación de los resultados con los obtenidos por Exner para los sujetos ambiguales.

INTRODUCCION

El caso estudiado es un varón que acude por primera vez a la consulta ordinaria del Servicio de Psiquiatría de un Hospital General, al que durante once años se le ha aplicado en cinco ocasiones el test de Rorschach. En ningún momento a lo largo de este tiempo, ha mantenido tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico.

En este trabajo, se ha realizado un análisis de estabilidad de las variables, en un caso cuyo diagnóstico psiquiátrico borderline y estilo vivencial ambigual se han mantenido. Se ha estudiado, mediante técnicas cuantitativas, la evolución de las variables del Rorschach a lo largo del tiempo. También se ha efectuado una comparación de los resultados con los obtenidos por Exner para los sujetos no pacientes ambiguales y para pacientes borderline.

DESCRIPCION DEL CASO

Varón de 40 años que acude a la consulta de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz por primera vez en 1982, a sus 27 años, por derivación de Cirugía Vascul ar, ya que presenta dolores importantes con

trastornos vasoespásticos circulatorios del miembro superior izquierdo. Todas estas molestias aparecen como consecuencia de un traumatismo por arma de fuego que sufrió en dicha extremidad.

Los datos más importantes de su historia, ordenados cronológicamente, son los siguientes:

—1977. Tiene lugar una manifestación en pro de la amnistía (País Vasco), él estaba tomando vinos, se asusta, sale corriendo y recibe un tiro de la policía. Esto le provoca una Neuritis Cubital. Baja temporal. *«Pensé que me quedaba sin brazo porque no lo sentía. Luego me moría de dolor».*

—1978. Aprueba una Oposición de Celador en la Seguridad Social.

—1979. Es operado y, en su opinión, sólo le aumentaron el dolor porque se equivocaron con el diagnóstico.

—1980. Le dicen que su problema no tiene solución y le dan la invalidez provisional. *«Empecé a sentirme triste, decaído, sin apetito, con cabreos rápidos y dormía mal».* Le proponen una simpatectomía. Relata ideas de suicidio. *«Empecé con la heroína porque me quitaba el dolor, pero yo no sabía lo que me iba a pasar después. Me acostumbré y necesitaba seguir utilizándola».* Como en España era difícil conseguir droga se fue a Holanda; en la frontera son detenidos él y su novia. Está en la cárcel durante 10 meses.

—1982. Se casa, después de 6 años de noviazgo.

—1983. Ingresa para la simpatectomía, pero en el último momento pide el alta voluntaria. *«He hablado con muchos médicos y no se ponen de acuerdo».* Sigue con la invalidez provisional y con los papeles para la definitiva. *«He pedido una indemnización y, como respuesta, me quieren quitar todo; esto me pasa por ser de Bilbao».* Se le remite al Servicio de Psicología para realizarle tests proyectivos, pero no acude.

—1984. Obtiene la invalidez definitiva. Pendiente de una condena de 6 años por tráfico de drogas, le sale la sentencia y acuden a hablar con el defensor del pueblo, que consigue una reducción de 2 años. Hablan también con un juez que les aconseja pedir el indulto.

—1987. Al ir a renovar el carnet de conducir *«me lo deniegan por haber mentado y no haber dicho que había tenido problemas con las drogas, pero esto no era verdad, era mi medicación para el dolor».*

—1989. Accidente de tráfico. El y su mujer sufren aplastamiento de vértebras. A partir de este momento, la relación de pareja empieza a deteriorarse. Le llega el indulto.

—1990. Su mujer es diagnosticada de depresión reactiva, debido a sus problemas de pareja.

—1992. Su mujer se va a casa de sus padres. *«Yo no me siento separado, el único cambio es que cada uno dormimos en camas separadas. Estamos todo el día juntos menos a la hora de dormir».* El domicilio conyugal queda convertido en oficina. *«Está llena de papeles, no se puede comer, la mesa de la cocina también, y fliparías si vieres cómo está la cama...»*

—1993. Tienen otro accidente, les dan nuevamente por detrás. Pide indemnización.

—1995. Le renuevan por fin el carnet de conducir.

Ha conseguido la indemnización por el accidente de tráfico de 1989.

Obtiene una indemnización por un pleito que mantenía por una casa que tiene en la playa. «*Me han dado un valor metálico correspondiente a dos plazas de garaje y un trastero*».

«*Los mandos superiores que me mandaron a la cárcel ahora están en la cárcel por el asunto del Gal y de los fondos reservados*».

Está pendiente de recibir la indemnización del accidente de tráfico ocurrido en 1993.

Ha solicitado un aumento de su pensión, debido a que su invalidez no fue por baja laboral sino por «*baja terrorista*».

Pide una pensión por el tiempo que estuvo trabajando en la Marina (1973-1976), mientras hacía el Servicio Militar.

ESTABILIDAD DE LAS VARIABLES

En 1978, Exner ya seleccionó un número determinado de variables del resumen estructural que representan «*el corazón de los datos estructurales*», y afirmaba que «*la mayoría de las variables del Rorschach que sustentan la interpretación son sólidas y estables en el tiempo*». Efectivamente, cuando a un sujeto se le pasa el test de Rorschach al cabo de un tiempo (retest), se encuentra que algunos de los resultados obtenidos, variables, porcentajes o relaciones, resultan estables, adoptando valores similares a los correspondientes a tests anteriores.

Nuestro estudio se basa en esto; comparamos los resultados de un sujeto, al que se le ha administrado el test cinco veces (1984, 1986, 1987, 1990 y 1995) a lo largo de 11 años; durante este tiempo no ha tenido ni tratamiento, ni medicación.

Al iniciar el estudio longitudinal de nuestro sujeto, nos encontramos que, estudiando los cinco test, aparecen una serie de variables estables; si eliminamos, sin embargo, los resultados del quinto test, el número de variables estables aumentan. Nos planteamos entonces analizar qué es lo que ha ocurrido para que se produzca esta variabilidad en los datos. Se estudiaron, por una parte, los cuatro primeros test y, por otra, el conjunto constituido por los cinco, analizando las diferencias. Los resultados más significativos se incluyen en la Tabla 1.

La Fundación para la investigación en Rorschach se ha centrado en el estudio de la fiabilidad, recurriendo a la consistencia temporal según las diferentes respuestas. La hipótesis de trabajo ha sido que los individuos presentan estilos de respuesta claramente preferentes, que se ponen de manifiesto en la mayoría de sus respuestas, y que la evidencia de tales

estilos deben aparecer consistentemente a lo largo de administraciones repetidas.

Tabla 1.
Variables estables

VARIABLES ESTABLES 84-90	TENDENCIA 95
R	Creciente
Zf	Creciente
P	ESTABLE
(2)	ESTABLE
Fr+rF	Creciente
DQv/+	Creciente
DQv	Creciente
M ^p	—
CF	Creciente
SumT	ESTABLE
FQxo	ESTABLE
FQxu	Creciente
FQx-	—
FQxsf	ESTABLE
M-	ESTABLE
Blends	Creciente
H	—
Hd	ESTABLE
(Hd)	ESTABLE
A	—
Ideo	Creciente
An	ESTABLE
Na	Creciente
COP	—
D	ESTABLE
Dajd	ESTABLE
Tipo Vivencial	ESTABLE
Afr	ESTABLE
3r+(2)	Creciente
X+%	—
X-%	ESTABLE
F+%	ESTABLE
Xu%	Creciente
FC<CF+C	ESTABLE
H<(H)+Hd+(Hd)	ESTABLE
(H)+(Hd)>(A)+(Ad)	ESTABLE
a>p	ESTABLE
W>M	ESTABLE
SZCI	ESTABLE
DEPI	ESTABLE
HVI	ESTABLE
OBS	ESTABLE

Los hábitos, rasgos o estilos de respuesta de una persona son contingentes. Ciertos tipos de conducta tienen más probabilidades de ocurrir bajo ciertas condiciones estimulares.

El aumento o disminución de necesidades o emociones, la experiencia inesperada de estrés, o la aparición de diferentes estados psicopatológicos pueden tener un efecto de inducción de nuevas conductas, que se añaden a las anteriores inclinaciones, o bien las sustituyen.

Aunque, en general, los estados psicológicos son transitorios, a veces algunos pueden dejar una marca más duradera en la estructura básica de la personalidad. La influencia del estado en el proceso de selección de la respuesta será probablemente proporcional a su impacto sobre el individuo, y la continuidad de su influencia, proporcional a su duración.

Todo lo anteriormente dicho es un exponente claro de lo que encontramos en nuestro sujeto objeto de estudio. Hasta 1990 todo eran «fracasos»: denegación del carnet de conducir, accidente, separación, pleitos varios. Luego sobrevienen los «éxitos»: renovación del carnet de conducir, pago de indemnizaciones pendientes, cárcel para los que le mandaron a la cárcel. Esto podría explicar la variabilidad de los resultados, perdiéndose la estabilidad de algunas variables.

Desde 1990 a 1995, los pleitos, peleas, «injusticias» y contenciosos se van solucionando, lo cual queda reflejado en el crecimiento de algunas variables Rorschach de manera llamativa. El número de respuestas pasa de 14-15 a 26, Fr+rF de 1-2 a 7, Blends pasa de 2-3 a 7, el índice de egocentrismo pasa de 0.47 a 0.92, Xu% de 0.28 a 0.50 y W:M pasa de 15:3 a 20:3. Todo ello indica que, al conseguir destacar en algún aspecto y, como su mundo circundante se lo reconoce, este rasgo narcisista cumple la función de motivarle a mayores aspiraciones y a dar de sí todo su potencial; así nos lo manifiesta el sujeto: «*creían que me iban a ganar pero les he ganado yo*».

Encontramos una fuerte tendencia a exagerar su valor personal, esto ejerce una gran influencia sobre su percepción del mundo y de las personas que lo habitan, afectando a sus decisiones y conductas, y hace que esté ansioso por obtener un reconocimiento que puede exceder toda expectativa realista. Este núcleo narcisista tiende además a generar elaborados sistemas de defensa, especialmente la racionalización y la negación, empleados para mantener a raya las amenazas a la integridad de su inflada autoestima. La elevada magnitud del índice de egocentrismo confirma el fuerte centramiento del sujeto y sugiere que la atención que dirige al mundo externo es mucho menor que la de la mayoría de los adultos.

Vista la historia, a pesar de todos los éxitos, sigue manteniéndose la aparición de respuestas An, hablando de sus quejas puestas en el cuerpo. Aumenta la fuerza en su ansiedad de logro, nunca es bastante, siempre tiene que conseguir más, es «*su trabajo*».

El aumento de las respuestas DQv sugiere una actividad de procesamiento inmaduro. En este protocolo, en concreto, podría ser debido a su mayor implicación; al adquirir un mayor compromiso en el test, aparece más claramente la falla.

COMPARACION CON LA MUESTRA DE BORDERLINE DE EXNER

Como todos sabemos, cuando nos encontramos ante un sujeto borderline, lo esperado es que esté caracterizado por: una inadaptación a la sociedad, contactos afectivos limitados, insensibilidad, intolerancia a la emoción, inadaptación a la realidad, incapacidad para el placer, trastornos sexuales, dificultad de identificación con los demás, a veces con acentuación del retraimiento y del narcisismo.

A la luz de los resultados obtenidos, no solamente se cumplen estas premisas, sino que observamos cómo comparados con los resultados del estudio que hace Exner en 1986 de 84 sujetos con trastornos borderline de la personalidad, la mayoría de las variables estables están acordes con sus resultados, lo cual nos confirma su configuración dentro del grupo borderline. No obstante, encontramos algunas variables cuyos resultados discrepan con los obtenidos por Exner y que se incluyen en la Tabla 2.

Tabla 2.
Diferencias con Borderline Exner

VARIABLE	VALOR COMPARADO CON BORDERLINE EXNER
(2)	Bajo
Fr+rF	Muy Alto
DQv/+	Bajo
SumT	Bajo
FQxo	Bajo
FQxu	Alto
Dajd	Alto
X+%	Muy Bajo
F+%	Bajo
DEPI	Alto

El conjunto de estos datos indica el aumento de gravedad de nuestro paciente, en cuanto a su pronóstico, ya que su exacerbado componente narcisista tiñe todos los aspectos de su personalidad. A pesar de toda esta defensa, aparecen rasgos depresivos superiores a su grupo de referencia. Es probable que permanezca organizado en situaciones bien definidas y con tareas bien estructuradas.

COMPARACION CON LA TABLA NORMATIVA DE AMBIGUALES DE EXNER

Los sujetos ambiguales presentan vulnerabilidad, tanto ante la conflictividad intra como interpersonal y su emocionalidad no es consistente con el funcionamiento psicológico; además, al no haber desarrollado un estilo preferencial unificado en el que apoyarse, esto parece abocarles a una menor eficacia y a una mayor vacilación. Por eso, necesitan más tiempo, realizan más operaciones y cometen significativamente más errores. El ambigual es, pues, dentro de la definición de estilos, el menos eficaz y el menos equilibrado en sus pautas de conducta.

Los ambiguales, lógicamente, en el retest muestran correlaciones más bajas en la mayoría de las variables que los otros grupos.

Hemos comparado a este sujeto con los adultos no pacientes con estilo vivencial ambigual de la tabla normativa de Exner, en base a las variables que han resultado estables a través de los cuatro primeros test, encontrando los siguientes resultados:

Autopercepción

$3r+(2)/R\uparrow$

$Fr+rF\uparrow\uparrow$

$An\uparrow$

Sostiene una creencia inflada de su valía personal, que tenderá a dominar sus percepciones del mundo y sus transacciones con él. Esta característica le influye, tanto en sus decisiones como en sus conductas, debido a que genera una necesidad de reafirmación o confirmación continua y exagerada de la propia vanidad. Sin embargo, este marcado autocentramiento puede hablar de una profunda insatisfacción.

Es significativo también que dé mayor número de respuestas $CF+C$ que FC ; esta preocupación por su propia satisfacción y/o la inmediata satisfacción del impulso supera al interés por las consecuencias ambientales y/o hacia otras personas.

El aumento de respuestas An nos puede hablar de una intensa e inusual preocupación corporal. Esto le conduce a un excesivo autocentramiento, parece que todo tiene que ver con su «*cuerpo herido*».

Percepción Interpersonal

$H<(H)+Hd+(Hd)$

$A\downarrow\downarrow$

$Fd=0$

$(2)\downarrow\downarrow$

$COP\downarrow$

Su autoimagen y propia valía está más basada en experiencias imaginarias que reales; se trata pues de un sujeto poco maduro y con una distorsión de sí mismo; esto le ocasiona dificultades en su relación con los demás. Si a esto unimos sus pocas respuestas COP , podemos hablar de un sujeto que no prevé interacciones positivas entre las personas como algo habitual; tenderá a sentirse incómodo en las situaciones interpersonales.

Ideación

a>p M - ↑↑ Niv - 2~ Msf=0 SCZI~

A este sujeto le resulta sumamente difícil alterar sus actitudes y opiniones o contemplar las cosas desde una perspectiva diferente a la que mantiene; su interpretación de la realidad es absoluta, de lo cual se deduce que le cuesta elaborar procesos de acomodación y asimilación.

Es llamativo cómo no aparecen dificultades en los distintos aspectos del pensamiento, sin embargo *M-* es muy alta, lo cual nos podría indicar que el desajuste perceptual e ideacional está en función de las dificultades en las relaciones interpersonales y su excesivo autocentramiento.

Mediación Cognitiva

P ↓ X+% ↓↓ F+% ↓ X - %↑↑ Xu% ↑↑ OBS ~

Todos estos factores nos confirman la distorsión perceptivo-mediacional, un excesivo individualismo y una dificultad para modular la vivencia emocional o para mantener un control adecuado de la impulsividad del pensamiento.

Procesamiento de la Información

Zf ~ W>D DQv ~ DQv/+↑ W>M Mp ~

A la luz de estos datos, podríamos concluir que el sujeto está altamente motivado e invierte una considerable energía en el procesamiento, sobre todo cuando la información que procesa se relaciona con solucionar problemas o tomar decisiones en la única parcela creada por él; ahora bien, como sus recursos están más bien limitados, la calidad, eficiencia y consistencia del procesamiento deja mucho que desear.

La orientación hacia un nivel cognitivo más complejo se encuentra de alguna manera obstaculizada por problemas que parecen relacionarse con un exceso de compromisos formales, se esfuerza en realizar un trabajo complejo, pero falla en la resolución de aspectos internos del problema.

Destacamos además cómo alberga una necesidad de logro mayor de lo que sería razonable a la luz de sus actuales capacidades funcionales.

Controles y Tolerancia al Estrés

Estilo vivencial ambiguo D=0 Dajd=0

No muestra ningún estilo definido, lo más probable será que las emociones del sujeto ejerzan una influencia irregular sobre su pensamiento, actividad y toma de decisiones.

A pesar de que *D* y *Dajd* sean 0, nos encontramos ante un sujeto con muy pocos recursos, que sufre de una vulnerabilidad crónica a causa de las múltiples tensiones inherentes a su vida personal.

Rasgos Afectivos

Afr ↓ FC ≤ CF + C Blends ↓ CP = 0 T = 0 ↓ DEPI ~

Ya que es consciente de la existencia de sus dificultades de control, evitará actuar en situaciones emocionalmente cargadas, no llegando por ello a desarrollar nunca contactos auténticos y positivos con los demás.

Es un sujeto lábil en sus descargas emocionales, corriendo el riesgo de perder la modulación.

En ningún protocolo aparece *T*; estará pues más a la defensiva, mostrando gran reserva ante la situación interpersonal y concediendo mucha más importancia a su espacio personal.

Su estado emocional se cronificará cada vez más, acabando por habituarse a la vivencia de esta precariedad emocional y de relaciones, lo cual también explicaría su nulo interés para un tratamiento.

CONCLUSIONES

La evidencia de su estilo vivencial queda confirmada a lo largo de las administraciones repetidas del test.

La estabilidad de diferentes variables ha sido confirmada a lo largo de este estudio; sin embargo, teniendo en cuenta su estilo, existen otras que presentan cierta variabilidad, lo que resulta coherente con que los ambigüales en el retest muestran correlaciones más bajas en la mayoría de las variables que los otros grupos.

La pérdida de estabilidad de algunas variables en el protocolo de 1995 está asociada a los acontecimientos gratificantes vividos por el sujeto en los últimos años.

Las características encontradas en nuestro sujeto son similares a las descritas por Exner (1986) en su muestra de borderline; sin embargo, dada la gravedad de la patología del paciente, algunas de las variables adoptan valores extremos.

Efectuado el análisis comparativo de las variables estables de los cuatro primeros test, con la tabla normativa para sujetos no pacientes ambigüales de Exner, en nuestra opinión, las discrepancias están originadas por la patología de nuestro paciente, borderline grave.

BIBLIOGRAFIA

- BLATT, S.J., AUERBACH, J.S. (1988). Tres tipos de pacientes borderline y sus respuestas diferenciales a tests psicológicos. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (1), 27-38.
- CAMPO, V., GALAN, F., ROVIRA, F. (1991). Consideraciones acerca del narcisismo: estudio de un grupo de sujetos con repuestas de reflejo en el Rorschach. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (4) 33-38.
- CAMPO, V., VILAR, N. (1990). Acerca de los contenidos, defensas y relaciones objetales borderline. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos* (3), 28-32.
- DORFMAN, B. Y COLS. (1992). *Pacientes limítrofes*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Tercera edición, Revisada. DSM-III-R*.
- EXNER, J.E. (1988). Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (1), 9-26.
- EXNER, J. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- GRINKER, R., WERBLE, B., DRYE, R. (1968). *The Borderline syndrome*. Nueva York: Basic Books.
- GUARNER, E. (1984). *Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico*. Méjico.
- KAPLAN, H.I., Y SADOCK, B.J. (1989). *Tratado de psiquiatría (Segunda edición)*. Barcelona: Salvat.
- KERNBERG, O. (1991). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós.
- KERNBERG, O. (1979). *Estados fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- MALDAVSKY, D. (1993). Casos limítrofes y procesos tóxicos. *Revista de Psicoanálisis de Madrid*, (17), 25-41.
- PAZ, C., PELENTO, M. L., OLMOS, T. (1977). *Estructuras y estados fronterizos en niños adolescentes y adultos (Tomos I, II y III)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- SHAPIRO, T. (1989). Clasificación psicoanalítica y observación empírica tomando como modelo el trastorno límite de personalidad. En Avila, A. Sutil, C. *Psicodiagnóstico Clínico*. Madrid: Eudema Universidad.

Alicia Tamayo
Almirante Francisco Moreno, 7, 5º E.
28040 Madrid

El Rorschach en pacientes hospitalizadas con trastorno límite de la personalidad

C. Liberal

INTRODUCCIÓN

Esta pequeña muestra de pacientes (mujeres) fue tomada de forma diferente, es decir, en algunos casos se trataba de exploraciones diagnósticas que incluían el Rorschach y en otras se trataba de estudiar por qué resultaba tan difícil obtener buenos resultados terapéuticos.

El hecho de ser pacientes hospitalizadas indica que el cuadro ha sido serio y de imposible resolución ambulatoria. Pero también el estar hospitalizadas supone volver a revivir la relación y conducta que tales pacientes mantienen en la vida cotidiana.

Son pacientes en general conflictivas y que en verdad desgastan al personal, lo manipulan, lo intentan destruir según el tipo de relación tal y como describe Urist (1977); despiertan agresividad por donde van y muchas veces el fracaso es su único acompañante.

Por todo ello y preocupada por este mal pronóstico busqué analizar los resultados de los distintos Rorschach.

El diagnóstico está tomado de los criterios del DSM-IV (1995) que define este trastorno como inestabilidad en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la impulsividad.

No se contemplan los diferentes tipos que describen autores como Gunderson (1975); Blatt (1988); Timsit (1985).. ya que no es el objeto de este trabajo. Tenemos en cuenta los contenidos teóricos de Klopfer (1980) y Kernberg (1985). Pero quizás me resulta más adecuado utilizar los últimos trabajos de Exner (1994) que es quien más conoce el Rorschach.

El grupo tiene una media de 30 años de edad, todas habían sido ingresadas al menos en una ocasión en otros centros y todas están en situación de soltería aunque hayan estado casadas. Estas características, bastante al grupo que utilizó Exner y que publicó en 1986. No queda claro en su artículo que la muestra fuera de borderlines hospitalizadas y/o de ambulatorio, pero me hacen pensar más en esto último. Tampoco aparece en dicho artículo que Exner tenga en cuenta las respuestas de tipo «border» y sería interesante una investigación al respecto.

En todas ellas hay una ideación/actuación autolítica o heteroagresividad en el momento de ingreso y en todas ellas hay una patología asociada que tiene que ver con la vinculación o separación y toda la relación de dependencia que viene con ella (relación simbiótica con algún familiar, alcohol, droga, trastornos alimenticios, ver Tabla 1).

Tabla 1.
Características de la muestra

Edad	E. Civil	Estudios	Patol. Asocia.	Motivo Ingreso
30	Solt	Adtva	Drogas	Ideación Autol
29	Sep	E.Prim	Simbiosis Hna	Intento Autol
58	Solt	E.Prim	Simbios.Madre	Hetero-Agresi
19	Solt	COU	Tras.Alimen	Intento-Autol
19	Solt	BUP	Tras-Ali.Drogas	Intento-Autol
19	Solt	COU	Tras.Alimen	Intento-Autol
33	Sep	Aux.Clinic	Simbios.Hna	Intento-Autol
24	Sep	E.Prim	T.Cond.Alcohol	Trast-Conducta
33	Solt	BUP	Alcohol.Alimen	Trast-Conducta
44	Sep	E.Prim	Abuso.Alcohol	Ideación-Autol
30	Sep	BUP	Tr.Alim.Alcohol	Tr.Ali.Alc.Cond

RESULTADOS

Tomaré como referencia las medias de los 84 borderline analizados por Exner (1988) para así poder observar analogías y divergencias (ver Tabla 2).

La primera diferencia importante entre ambos grupos es la *Lambda*. Lo que para Exner era un resultado en los límites de lo normal en esta muestra la $L=3,05$ es muy elevado y significa un esfuerzo por minimizar la complejidad e incrementar la capacidad de control. Este resultado aparece con frecuencia en pacientes hospitalizados y puede ser debido tanto al uso de psicofármacos como al esfuerzo de muchos pacientes por cubrir cualquier situación interna dolorosa.

Esta variable podemos unirla y contrastarla también con el *estilo* preferencial de los individuos. Así, mientras Exner encuentra el 48,8% de pacientes extratensivos, en esta muestra no aparece ninguno, ya que se reparten entre introversivos (45%) y ambiguales (54%). Este resultado observado de las diferencias en el EA muestra una importante represión ideacional y emocional.

Así, mientras Exner obtiene un $EA=6,36$, esta muestra lo obtiene de 3,18. Y aún es mayor la diferencia en el *es*, donde Exner obtiene 10,87 mientras en esta muestra aparece un $es=2,81$. Por lo tanto, el control y la represión emocional, junto al poco esfuerzo de estas pacientes, parece un punto importante a tener en cuenta.

Tabla 2.
Resultados obtenidos

VARIABLES	MEDIA	EXNER
Edad	30,9	22,3
R	18,8	18,5
L	#3,05	0,57
M	2,27	3,06
FC+CF+C	0,09	—
FM+m	2	2,5
C'YT	0,81	1,5
EA	#3,18	6,36
es	#2,81	10,87
D	0	- 1,46
Daj	0	- 0,89
FC	0,54	1,67
CF+C	0,36	1,75
Afr	0,49	0,66
S	0,18	2,30
C	0,18	0,63
CP	0	0
Blends	0,63	5,04
COP	0,81	—
AG	1,36	1,32
Food	0,27	—
Isolate	0,07	—
H+(H)+Hd+(Hd)	3,18	4,98
H+A	11,1	—
Hd+Ad	1,8	—
Border	#1,27	—
a	3	5,31
P	1,27	3,02
Ma	1,5	—
Mp	0,72	—
2Abt	1,54	—
M -	0,27	0,45
Sum 6	3,09	3,44
Lul-2	0,27	—
WSum 6	8,18	3,44
P	4,63	5,40
X+ %	0,50	0,69
F+ %	0,48	0,71
X-%	0,32	0,13
S	0,006	2,30
Xu %	0,16	—
Zf	9,63	10,20
Zd	#-0,92	2,15
W	8,45	7,71
D	9,2	7,83
Dd	1	3
DQ+	4	5,73
DQV	1,72	1,64
3r+(2)/R	#0,35	0,49
Fr+rF	0,09	0,76
FD	0,27	1,24
An+Xy	#1,36	—
MOR	1,54	1,29
SCZI	2,63	1,95
depi	2,72	1,63
CDI	3,09	—
S-Con	3,9	5,00

Datos considerados relevantes

Otro aspecto que llama la atención es el contacto con la realidad. Tomando el X+% F+% y X-% se observa que la diferencia entre ambos grupos es importante. Solo una paciente supera el 0,70 en F+% y todas tienen el X-% >0.15. Por tanto podemos decir que estas pacientes, además de interpretar los estímulos de forma poco convencional (X+%), presentan una mayor distorsión perceptual (X-%). Sin embargo, ninguna de ellas presenta SCZI=5 y esto es debido a la poca presencia de fenómenos especiales críticos.

Una característica importante de los pacientes borderline es su necesidad de descarga, su impulsividad. Hemos visto que no hay descarga de afecto gracias a la represión existente; tampoco el estrés está presente en el grupo (D=0), pero sí hay una descarga a través del pensamiento, es decir, se observa una tendencia a hipoincorporar ($Zd = -0,92$) mientras Exner obtiene $Zd = +2,15$. Esta forma rápida de respuesta frente a los estímulos iría seguramente unida a la Lambda elevada, de forma que responden rápido, sin pensar mucho y sin esfuerzo de organización (Blends); creo que su conducta, su actuación, su proyección, y sus dependencias son mecanismos que utilizan para expresar y calmar sus deseos.

Y cual es su *autoimagen*? la media del grupo corresponde a lo normal, a diferencia de Exner ($3r+2$) /R=0,49), donde aparecen más centradas y preocupadas por ellas mismas. Pero aunque la media de la muestra es normal lo cierto es que hay 7 pacientes que tienen por encima o por debajo de la media y el resto tienen respuestas anatómicas lo que me hace pensar que sí hay una preocupación por su imagen aunque expresada de forma heterogénea.

Y hablando de *contenidos*, aquí quisiera recoger diferentes opiniones. Paz (1980) habla de presencia de respuestas en relación a partos, abortos, esfera sexual y anatómicas; Exner ha encontrado mayoría de respuestas de personas irreales, sangre y anatómica; Kwawer (1979), Campo y Vilar (1990) y Aulagnier (1979) plantean los contenidos que muestran vínculos simbióticos y Timsit (1985) refiere respuestas en torno al nacimiento, divinidades, etc. En esta muestra aparecen una mayoría de anatómicas, sexo, radiografía y sangre. Pero, principalmente, creo importante señalar la presencia de respuestas *border* en todos los pacientes. Estoy de acuerdo con la afirmación de Campo y Vilar (1990), de que este tipo de respuestas no define a la estructura u organización borderline, pero creo que su presencia hay que tomarla muy en cuenta ya que, en mi opinión, el hecho de aparecer una problemática con la fusión-separación tiene que ver con el tipo de relación objetal que se pondrá de manifiesto en las relaciones interpersonales. Y vemos en la vida real de estas pacientes la dificultad para mantener una pareja y también para separarse de ella.

Redactando estas líneas he tenido noticia de una borderline con patología asociada de abuso de alcohol a quien hace unos meses el esposo le propuso la separación y se ha suicidado. Este fracaso y este final, por

desgracia, puede ser el futuro de la mayoría y es un aspecto que creo merece reflexión.

De ahí mi intención de hacer un seguimiento longitudinal de estas pacientes.

CONCLUSIONES

Recogiendo lo descrito hasta el momento podemos concluir que este grupo tienen en común con el grupo de Exner (1988) su difícil percepción de la realidad, en el sentido de ser poco convencionales, aunque en esta muestra hay mayor distorsión de la realidad. Ambos grupos mantienen un buen conocimiento de las normas (P) y la ausencia de refugio en la fantasía (Ma:Mp). También hay coincidencia entre las respuestas de contenidos, que Exner apunta solo anatómicas y yo añadiría también otras que están en relación al cuerpo (Sx, Xy).

En cuanto a la autoimagen, el resultado de Exner parece más homogéneo; en relación a la descarga o impulsividad, el grupo de Exner lo hace en el afecto mientras en este grupo aparece en la conducta.

Este modo de proyectar creo que puede ser importante cuando se piensa en tratamiento y pronóstico. En este grupo se ha fracasado con frecuencia en el abordaje psicoterapéutico (individual, familiar, grupal...). Son mujeres difíciles, como decía en la introducción, y su refugio y defensa en lo oral indica una actitud negativa hacia la relación interpersonal. Siempre pensamos que donde hay emoción, hay dolor, hay deseo de ser ayudado, mientras que donde se actúa, donde todo es conducta, la demanda y el dolor quedan encubiertos, negados y es difícil llegar a conectar con aquel dolor. Seguramente debe ser el caso del presente grupo. Mi deseo es hacer un seguimiento longitudinal para así poder observar y entender mejor esta difícil organización patológica.

BIBLIOGRAFIA

- AULAGNIER, P. (1979). *Psychose*. Paris: Interlivres.
- BLATT, S. J. & AUERBACH, J. S. (1988). Tres tipos de pacientes borderline y sus respuestas diferenciales a tests psicológicos. *Revista de S.E.R.Y.M.P.*, 1, 27-35.
- CAMPO, V. & VILAR, N. (1990). Acerca de los contenidos, defensas y relaciones objetales borderline. *Revista de S.E.R.Y.M.P.*, 3, 28-31.
- DSM-IV (1995). Barcelona: Masson.
- EXNER, J. E. (1985). Algunos datos referentes al borderline y la esquizofrenia. *Revista de Psicodiagnóstico y otras técnicas proyectivas*.
- EXNER, J. E. (1988). Algunos datos comparando esquizofrenia contrastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad. *Revista de S.E.R.Y.M.P.*, 1, 9-26.
- EXNER, J. E. (1994). *El Rorschach. Un Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- GUNDERSON, J. & SINGER, M. (1976). Definición del paciente fronterizo. Un panorama general. *Psicología Hoy*, 1, 1.
- KWAWER, J. (1980). Primitive interpersonal modes, borderline phenomena and Rorschach content. En *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*. (J. Kwawer, D. H. Lerner, P. M. Lerner & A. Sugarman, Eds.). New York: International Universities Press.
- LANZILLOTA, B. & PAZ, L. A. (1980). Reflexiones sobre los modos de defensa de pacientes fronterizos en el test de Rorschach. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Rorschach, Washington, DC.
- TIMSIT, M. (1985). El Test de Rorschach en las neurosis y los estados límites. *Revista de Psicodiagnóstico y otras técnicas proyectivas*.
- URIST, J. (1977). The Rorschach Test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 41, 1, 3-9.

Consuelo Liberal
Mallorca, 81, 3º 3ª
08029 Barcelona

Dinámica de la personalidad y figuras parentales en familias desestructuradas: estudio con el test Patanegra

J. Bachs y G. Callicó

RESUMEN

En esta investigación sobre **dinámica de la personalidad y figuras parentales en familias desestructuradas**, se plantea el tema tanto desde una perspectiva psicoanalítica estricta como psicológica amplia. La metodología utilizada es proyectiva temática (Test Patanegra) con una muestra no clínica de 20 niños de ambos sexos. Se analizan los protocolos según el método cormaniano (dinamismo profundo de la personalidad): Frontispicio; Láminas aceptadas; Lámina más investida; Temas, ilustrados con 5 casos; Hada, Test de la Edad de Oro y Dibujos. Se analizan a continuación las figuras parentales, tal como se proyectan en el Test PN y se propone finalmente un perfil provisional PN de niños/as, hijos de padres separados o divorciados.

Introducción

Desde sus orígenes el psicoanálisis se ha interesado por las interacciones padres-hijos en el seno de la familia. No podemos olvidar que Freud descubre los deseos amorosos y hostiles del niño respecto a sus padres (Complejo de Edipo) durante su autoanálisis (1897). A partir de su propia experiencia y de la clínica de adultos, Freud sitúa el punto álgido del deseo entre los tres y cinco años de edad. Como es sabido, la escuela kleiniana introduce el concepto de Edipo precoz, relacionado con la posición depresiva, a partir del segundo trimestre de vida, lo cual revaloriza el rol de la figura paterna en este primer período de la vida. Más o menos precoz, es evidente que la dinámica relacional padres-hijos desempeña en la tradición psicoanalítica un papel fundamental en la estructuración de la personalidad.

Conviene destacar el importante papel que Klein (1933) concede a las figuras paternas reales como elemento modificador de las fantasías tempranas. De tal manera que, cuando en la vida real la madre y el padre forman una pareja unida, el niño puede también instalar en su interior una pareja de características benévolas que determinará cierta calidad del Superyó, de carácter tolerante y realista.

Para Aberastury (1978), la carencia de figura paterna entre los seis y los doce meses de vida puede llevar a una búsqueda continua de sustitutos paternos durante toda la vida. En este período, pues, no es suficiente la sola presencia del padre, sino que se requiere que éste mantenga una comunicación adecuada con el hijo. El padre facilita una fuente de identificación paterna necesaria tanto para el niño como para la niña, porque la condición bisexual de los humanos requiere el concepto de

pareja «padre-madre» para poder conseguir un desarrollo armónico de la personalidad.

Por otra parte, es fácil constatar que el interés por la función paterna, desde un punto de vista clínico, va en aumento. Últimamente numerosos autores, como Rascovsky (1973), señalan la importancia de una figura paterna real y no solamente la de su valor simbólico, mediatizado por la madre y el entorno cultural. Lidz y Lidz (1969) señalan que la influencia del padre en el vínculo con el hijo puede ser tan determinante como la de la madre.

En general, la función del padre, según Aberastury (1978) consiste en ayudar al hijo a separarse de la madre, en ubicarlo en su mundo externo, facilitando el acceso a la cultura y a la sociedad. Abadi (1960) subraya que el significado primario de la función del padre como persona dotada de sensibilidad y sentimientos es proveer a la madre y al hijo participando afectivamente en su interrelación, lo que en palabras de otros autores denominaríamos contención (Bion, 1980), holding (Winnicott 1971), unidad originaria (Abelló y Pérez-Sánchez, 1984), yo-piel o envolturas psíquicas (Anzieu, 1985, 1987).

Pensamos que el padre es fundamental para entender el destino del hijo, del mismo modo que en *Edipo Rey*, la figura de Layo, que intenta sacrificar a Edipo al ver amenazada su vida por el nacimiento y crecimiento de su hijo, es clave para entender el destino de éste.

Es cierto que el primer esbozo de individuación del niño sólo puede realizarse a partir de la función materna por la cual el niño es capaz de interiorizar a la madre, como lo demuestran los trabajos de los autores citados más arriba. Sin embargo, la culminación del proceso no es posible sin el reconocimiento de la función paterna que separa al niño de su relación simbiótica, con la madre. En este rol progresivo de separación o castración simbólica el padre opera eficazmente desde el mismo origen de la vida. El padre viene a ocupar un lugar necesario, como tercero, entre el niño y su madre, creando una relación triangular conflictiva. Por su función simbólica puede liberar al niño de la fusión originaria, instaurando un espacio de carencia, constitutivo de libertad, de existencia autónoma y deseo auténtico (Vergote, 1966).

Como demostró Lacan (1956), la aceptación de la ley paterna ubica al niño como sujeto, le da entrada en el orden simbólico y permite su acceso al lenguaje. Para ello es necesario que la madre reconozca también esta ley, sin lo cual el niño permanecerá atado imaginariamente a ella. Así como la maternidad impone un límite al deseo del padre de poseer totalmente a la madre, el reconocimiento de la paternidad pone límites al deseo de toda madre de guardar al bebé para ella sola.

Más allá de estas conceptualizaciones psicoanalíticas, formuladas a partir de la clínica, son bien conocidas las aportaciones de otros autores de orientaciones diversas sobre los efectos en el niño de la privación materna

precoz y de los conflictos familiares. Basta recordar, por ejemplo, las obras de Spitz (1946), Bowlby (1951) y Goldfarb (1955). Michael Rutter (1972), en un trabajo de revisión del tema, señala entre los síndromes de privación materna los trastornos de conducta antisocial y la denominada psicopatía de carencia afectiva. Creemos que lo más importante de estos trabajos, desde una perspectiva clínica, es la relación entre conflictos conyugales graves (que suelen llevar a la separación o al divorcio) y conductas delictivas, de una parte, y entre tales conflictos y trastornos depresivos, de otra. Estos trastornos coinciden con dos modalidades que el niño puede desarrollar, según Ebtinger y Bolzinger (1982), a partir de carencias afectivas graves que generan una actitud de reivindicación afectiva. Se trata de las formas llamadas hiperasténica y asténica que, de hecho, pueden alternar en un mismo individuo. En la primera domina una reactividad impulsiva y trastornos caracteriales que conducen con frecuencia a la delincuencia. En la modalidad asténica, la pasividad, el miedo a sufrir nuevas decepciones y la falta de autoestima, son factores de fracaso e inadaptación. La dejadez depresiva conduciría a un cuadro de estagnación afectiva.

Para terminar estas breves referencias bibliográficas, queremos citar la obra reciente de Schaffer (1994), *Decisiones sobre la infancia*, ya que su objetivo es aplicar los resultados de las investigaciones científicas sobre el desarrollo psicológico de la infancia a los problemas prácticos que afectan a los niños y a sus familias. Fundamenta su trabajo en más de ochenta investigaciones de corte empírico, en ninguna de las cuales se ha utilizado una metodología proyectiva. Entre las conclusiones más importantes, que confirman lo que acabamos de señalar en el párrafo anterior, destacamos los siguientes puntos: 1. Las relaciones interpersonales son fundamentales para el ajuste psicológico de los niños. 2. Los niños necesitan atención y cuidados consistentes, en una tarea conjunta que involucra a padres e hijos. Es esencial la sensibilidad de los padres a las peculiaridades individuales del niño. 3. La discordia familiar, cuando es grave y continua, constituye una de las influencias más destructivas para el niño. 4. Los efectos de experiencias adversas durante los primeros años de vida no son irreversibles. La naturaleza humana es flexible y se desarrolla satisfactoriamente en condiciones muy diferentes. 5. Finalmente, las explicaciones de causa única raramente son apropiadas en el ámbito psicológico. Es preciso adoptar una perspectiva multidimensional y explicaciones pluricausales.

La investigación proyectiva

Estamos convencidos que la investigación «objetiva» y «cuantitativa» defendida por Schaffer (1994) puede y debe completarse desde una perspectiva proyectiva que, sin desechar la cuantificación de datos, privilegie los aspectos cualitativos. El mismo Schaffer (pp. 20-23, o.c.) reconoce

las limitaciones de la investigación «científica» sobre los aspectos emocionales del comportamiento, al no contar con una metodología apropiada que permita la aprehensión de tales fenómenos y la posibilidad de cuantificarlos. Lamentamos que por razones discutibles de científicidad, la dimensión fundamental de lo afectivo asequible desde la perspectiva proyectiva no halle cabida en una investigación multimetódica como la de Schaffer, limitada a la observación y a las escalas y cuestionarios objetivos. Hace muchos años que venimos observando como el modelo estándar de las ciencias físicas parece dar a la psicología actual, sobre todo a la académica, la convicción de realizar una tarea científica, a coste sin embargo de recortar su campo de estudio según las exigencias de un método importado de otras ciencias y negándose sistemáticamente a ampliar su metodología conforme a lo que requiere la peculiar condición subjetiva de su objeto (Pinillos, 1981).

El objetivo de nuestra investigación se enmarca pues dentro de una perspectiva psicológica cualitativa y proyectiva en un intento de estudiar la dinámica familiar, en especial el polo parental, en individuos procedentes de familias objetivamente desestructuradas. Sin pretender reducir la complejidad del objeto de estudio y sin negar la importancia de factores estructurales profundos, muy difíciles de acotar empíricamente, consideramos interesante tomar como variable independiente los casos cada vez más frecuentes de sujetos cuyos padres se han separado o divorciado. En cualquier caso no prejuzgamos los posibles efectos psicosociológicos negativos de la separación y el divorcio sobre los hijos de estas familias. Simplemente intentamos colocarnos como observadores imparciales de tales casos. Metodológicamente procedemos de la siguiente manera: utilizamos como material de estudio 20 casos de niños/niñas, de edades comprendidas entre 5a 2m y 13 años (media de 9a 6m), cuyos padres se han separado. Puede que esta separación haya culminado en divorcio. No se trata de casos clínicos, sino de sujetos que voluntariamente se han prestado a una breve anamnesis y a la administración del Test Patanegra. Siempre que nos ha sido posible, hemos realizado una entrevista con ambos progenitores para valorar el entorno familiar, en especial la calidad relacional de la pareja entre sí y de la pareja con los hijos antes y después de la separación. En cuanto a otras circunstancias familiares, nos interesa conocer sobre todo la cronología de los hechos y las posibles suplencias afectivas de personas allegadas en caso de pérdida o abandono de uno de los padres o de ambos a la vez.

El test proyectivo Patanegra

En nuestro estudio consideramos adecuada la utilización del test proyectivo Patanegra (PN) porque las situaciones que presenta el material estimular, a partir del cual el sujeto examinado inventa una historia, facilitan

notablemente la proyección de la dinámica relacional padres-hijos y en consecuencia el análisis de las figuras parentales que el sujeto fantasea (Corman, 1971, 1974, 1979, 1981, 1983, 1991). En el análisis detallado de cada protocolo utilizamos básicamente el método Corman en lo que se refiere a los datos de la lámina FRONTISPICIO (estructuración familiar o no y características de dicha estructuración), la dinámica de la HISTORIA a partir de las láminas ACEPTADAS y la INTERPRETACIÓN psicodinámica del tema/s principal/es, junto con otros signos complementarios observables mediante la técnica del test. En cuanto a las FIGURAS PARENTALES, elemento estructurador de la personalidad del niño, nos fijaremos especialmente en la presencia o ausencia de dichas figuras y en sus características psicológicas.

EI FRONTISPICIO

De los 20 casos de nuestro estudio, sólo 12 dan una constelación familiar completa. De los 8 que no la dan, PN es hijo único en 4 de ellos: los cerditos blancos (B1 y B2) son amigos o primos de PN. Hay un caso de padre nutricio, ya que el grande de la mancha (GM), la madre, es percibido como padre, y otro con dos familias: GM, madre de PN; grande blanco (GB), padre de B1/B2. Los dos últimos casos dan una familia en que uno de los pequeños blancos es primo/prima de PN y del otro blanco.

Aunque no se da ningún caso de PN huérfano, esta alteración del grupo familiar del FRONTISPICIO es un signo probable de relaciones familiares perturbadas. Llama la atención la frecuencia elevada (40%) que observamos en nuestro grupo, el doble de la encontrada por Corman (1979, p. 207) en su grupo, que puede considerarse clínico en su casi totalidad. Es un signo que conviene retener para futuras investigaciones con muestras más amplias y diferenciadas. Con todo, no basta el análisis del FRONTISPICIO para establecer un diagnóstico dinámico, ya que debe contrastarse con los otros resultados del test. En todo caso, contrariamente a lo que cabría esperar, sólo 3 de los 8 casos corresponden a hijos de parejas con graves problemas conyugales. Nos inclinamos a pensar que las características del FRONTISPICIO, en estos 8 casos, deben interpretarse más como un signo de reivindicación afectiva que no como estructuración patológica del grupo familiar.

Láminas aceptadas

¿Con qué láminas construyen nuestros sujetos la historia de las aventuras de Patanegra? Cuestión importante, distinta en cada caso particular, cuya respuesta depende de la posición dinámica personal ante los grandes temas planteados por el material estimular. Es evidente que este apartado debe completarse con el estudio de la historia elaborada, sin lo cual

ignoraríamos el sentido de la elección de determinadas láminas y el rechazo de otras.

Sin entrar en análisis estadísticos, que en nuestro estudio serían poco fundamentados por las características de la muestra, debemos indicar que, comparado a un grupo normativo de 100 niños y adolescentes de ambos sexos (trabajo no publicado), nuestro grupo, en conjunto, escoge con mayor frecuencia PARTIDA, BESOS, SUEÑO M, SUEÑO P, PELEA y HOYO. Observamos, de otra parte, diferencias importantes entre niños y niñas. Los niños escogen sobre todo PARTIDA, PELEA, HOYO, SUEÑO M y CABRA. Las niñas, en cambio, eligen preferentemente MAMADA 1 y BESOS, seguidas de PARTIDA, SUEÑO M y HOYO. Lo que más llama la atención es que todos los niños escogen PARTIDA y PELEA; ninguno escoge MAMADA 1 y un 62% escoge BESOS. En cambio, todas las niñas escogen MAMADA 1 y casi todas (92%) BESOS.

Creemos que estas diferencias indican una expresión psicodinámica específica en ambos sexos en cuanto a la problemática relacional que estudia el test. Los niños parecen más sensibles a los temas de agresividad, independencia-dependencia, soledad y a la compensación afectiva. Las niñas, en cambio, lo son por la función materna nutricia y por las relaciones afectivas de la pareja y de la pareja y el niño. La sintonía por estos temas debe interpretarse, naturalmente, a la luz de la problemática vivida por unos y otras. Por otra parte, ambos sexos eligen con gran frecuencia SUEÑO M, las niñas probablemente como ideal del Yo, los niños como objeto libidinal.

Lámina más investida

¿Cómo empieza la historia? Es algo tan importante como la cuestión anterior, ya que la primera lámina escogida indica casi siempre el tema más investido por el sujeto, o lo que es igual, la situación con mayor carga afectiva. Recordemos que cada una de las 18 láminas del test tiene la misma probabilidad de ser elegida en primer lugar para empezar la historia.

Pues bien, de nuestros resultados podemos destacar que la lámina más investida es BESOS (25%), con la que los Ss desarrollan el tema de la pareja que se ama, se casa y luego tiene hijos, por delante de CAMADA (15%), tema de nacimiento. En cambio, el grupo normativo da CAMADA (29%) y ÁRBOL (19%), tema de relación dual privilegiada entre Patanegra y su padre (PN-P), como las dos láminas más investidas, seguidas de BESOS (18%).

Nuestra interpretación es la siguiente: el niño/a, hijo de padres separados, que empieza su historia con BESOS, una pareja unida, besándose, vista por un cerdito, está diciendo a quien quiere oírle que éste es para él un tema primordial, el que más le afecta, el más cargado emocionalmente. En cambio, la falta de investimento de la lámina ÁRBOL (5%) indica probablemente la ausencia y/o deterioro de la figura paterna, cuestión que retomaremos más adelante.

Temas

¿Qué historias nos cuentan los sujetos de nuestro grupo? El clima de libertad que recrea el método cormaniano propicia una gran diversidad de historias y es evidente que desde el punto de vista clínico se impondría el estudio individualizado y en profundidad de cada caso. Nosotros, sin embargo, aceptamos el reto de analizar e interpretar uno a uno los veinte protocolos de nuestro grupo para intentar a continuación, tras una minuciosa comparación, formular una síntesis globalizante, que nos permita entrever los rasgos comunes del grupo, preparando así lo que un día será, a nuestro entender, el perfil característico, discriminativo, de un grupo clínico. Esta tarea ha sido posible porque, desde la primera lectura de las historias hemos descubierto, dentro de la diversidad evidente del material empírico, algunos rasgos comunes, específicos y característicos, que hipotéticamente tienen que ver con la fenomenología de la problemática en cuestión (niños de padres separados) y, por otra parte, con el proceso psicológico de interrelación dinámica del sujeto con los dos polos estructuradores del triángulo familiar, o sea, los padres.

Decantando sucesivamente cada historia, sacando de ella su quintaesencia, y comparando luego entre sí los 20 casos del grupo de estudio, deducimos cuatro rasgos característicos, que proponemos provisionalmente a modo de tipología del Patanegra de niños de padres separados.

1. PN se siente abandonado, solo, excluido y rechazado, lejos de casa, perdido, culpable, angustiado y triste, maltratado y castigado (incluso hasta la muerte).

2. Agresividad omnipresente. Experimentada por PN, se ceba luego en los demás (padres y hermanos).

3. PN raramente acepta la separación y el abandono. Se defiende contra ello y reacciona de dos maneras. La primera, buscando a los padres, reivindicando afecto, con el deseo insistente de una familia unida. La segunda, con compensaciones orales o vuelta a casa, satisfactorias en algunos casos, frustradas en otras.

4. En los pocos casos (15%) en que el abandono, la exclusión o la pérdida afectiva, se resuelven positivamente, con recuperación de la familia total, la intervención del padre es indispensable y perentoria.

Casos ilustrativos

Presentamos a continuación, de manera sucinta, cinco casos que ilustran la mayoría de estos rasgos. En cada uno de los tres primeros, con desenlace desigual, observamos sorprendidos la repetición compulsiva de la misma historia. Sin darse cuenta, en su relato, el sujeto nos explica lo mismo varias veces, utilizando naturalmente distintas láminas. Advertimos

que la lámina A CABALLITO es una lámina experimental, de contenido edípico, similar a ARBOL.

Caso 1. Alba es una niña de 8 años, hija de unos padres que se separaron cuando ella contaba poco más de un año. Vive con su madre pero ve a su padre con cierta regularidad.

Su historia es la siguiente: «PN juega con su padre (ÁRBOL). Luego sueña que se lo llevan de casa (NOCHE, CARRO) a una granja donde le cuidan bien (CAMADA). También sueña que será grande y rico (SUEÑO P). Encuentra una nueva mamá (CABRA) y, como estaba muy hambriento, mama de ella. Después, encuentra a la madre de verdad (MAMADA 1). Un pato quiere comérselo (OCA) y se encuentra solo y perdido (HOYO). Así, decide buscar una casa (PARTIDA). Encuentra una casa, pero no es la suya, porque no hay ni papá ni mamá. Hace pipí y come (COMEDERO).

Finalmente, encuentra la casa con los padres (BESOS) y el padre, en premio de su inteligencia por haberlos encontrado, le lleva a caballito (A CABALLITO)».

Caso 2. Cristina es una niña de 11 años, con problemas escolares y mala integración social. Los padres se separaron hace 6 años, o mejor dicho, la madre echó de casa al padre, un magrebí que nunca fue aceptado por la familia de la madre. Hace 4 años que no se sabe nada de él. Es un tema tabú del que no debe hablarse.

Nos cuenta la siguiente historia de PN: «La M tiene hijos (CAMADA) y alimenta a PN (MAMADA 1). Luego van a beber agua (DUDA), pero PN cae (HOYO) y se queda solo hasta que el P sale a buscarlo y lo trae a casa (A CABALLITO). Luego se pelea con los hermanos (PELEA), hace diabluras (COMEDERO). El P le riñe y PN le echa barro, por lo que le echan de casa durante una semana (PORQUERÍAS). Ante esto PN dice: 'me voy de casa'.

Entonces sueña con los padres (SUEÑO M y P) y vuelve a casa (NOCHE), pero un hermano avisa al padre y éste le echa de nuevo. Pasa el tiempo. PN encuentra una novia, se casa y tiene un hijo (BESOS)».

Conviene recalcar que este desenlace positivo con tema progresivo de independencia es sólo aparente. En realidad se trata de reivindicación afectiva: Cristina se identifica con PN que desea unos padres que se quieran entre sí y le quieran a él.

Caso 3. Sergio, de 12a. 5m. de edad, es hijo único de unos padres que se separaron cuando él contaba poco más de un año. Es inteligente pero tiene problemas escolares, que desde los 9 años de edad coinciden con crisis de asma que parecen iniciarse a partir del momento en que se queda solo en casa, ya que su madre piensa que ya tiene edad para ello. Según ella, las relaciones del niño con su padre han sido siempre superficiales.

De las aventuras de PN, Sergio nos cuenta esta dramática historia: «A PN, le matan los padres y los hijos (PARTIDA). Se pone a dormir

(HOYO); se acuerda de su M y de su P (SUEÑO M y P) y de momentos felices (ÁRBOL) y de cuando mamaba de la M (MAMADA 2). Viene el lobo y se los lleva a todos (CARRO). Se despierta y se hace amigo de una cabra que lo alimenta (CABRA). Esta se muere y PN se va desolado y triste a una especie de casa y ve a sus papas (BESOS). Se hace mayor y se despide de sus hermanos que también se van (PELEA)».

Caso 4. Veamos, a continuación, un ejemplo de madre substituta. Se trata de Marcel, de 11a de edad, el mayor de tres hermanos, cuyos padres se separaron hace ahora tres años. Va bien en la escuela, pero es algo inestable y a veces se aísla de los demás. Los niños conviven con la madre pero ven al padre regularmente. Marcel realiza una historia corta, escogiendo sólo 5 láminas: «Los hermanos siempre están haciendo daño a PN. Los padres no intervienen (PELEA). De noche, huye por la ventana (NOCHE) y cae en un charco (HOYO). Anda hasta que amanece y se encuentra muy lejos de la granja (PARTIDA). No sabía con quien alimentarse, pero encuentra una cabra y vive con ella hasta hacerse mayor (CABRA). Es feliz y no regresa nunca más a su casa».

Caso 5. Finalmente, la siguiente historia ilustra un caso de intervención positiva del padre. Nos la cuenta Sara, una niña de 7a 7m, hija única. Sus padres vivieron solteros unos tres años antes de que ella naciera. Se casaron luego al cabo de dos meses, pero al poco tiempo se separaron. La relación entre ambos es cordial y la niña, que no presenta ningún problema, ve a su padre a menudo. He aquí la historia que Sara nos cuenta: «PN es un señor mayor y tiene una amiga (BESOS), y hay un amigo de PN que mira resignado. Luego, la M tiene hijos (CAMADA) y PN mira. La M le da de mamar (MAMADA 1) y PN sueña con ella (SUEÑO M). Y no sé qué le pasó, a la M. Se escapó de casa porque se la querían llevar. PN tiene una pesadilla: que se llevan a la M y a él (CARRO), y a unos cuantos amigos. PN está sobre su padre (A CABALLITO), el cual le sube a un árbol para que aprenda a ser fuerte (ÁRBOL). Ve un gran pájaro que le coge la cola (OCA). PN se escapa, encuentra a la M (MAMADA 2), y mama de ella. Los amigos van a jugar con él. Su M es feliz. Juega con él y con los amigos. Y la M está con el P».

El Hada y la Edad de Oro

Completamos el análisis del material empírico de los protocolos PN de nuestro grupo de estudio con los datos recogidos en la lámina HADA, el Test de la Edad de Oro y, en el siguiente apartado, los dibujos de la lámina más interesante y del sueño de PN.

Al final del test, como es sabido, PN formula tres deseos a su hada madrina. He aquí los más significativos de nuestro grupo, por orden de frecuencia, expresados en porcentajes sobre el número de sujetos (N=20):

1. Deseos relacionados con la familia, presente o futura (55%): «Tener un padre; que todos los cerditos tengan una madre muy buena; estar en casa con el hada, papá y mamá; volver a casa con su familia» (25%). «Vivir felices (sin peleas) y unidos (que nunca se separen) en familia» (15%). «Que, cuando sea mayor, tenga una novia e hijos; que tenga una buena mujer con buenos hijos» (15%).

2. En relación con la pata negra (45%): «Que se la quite; que se vuelva blanca» (30%). Y, al revés: «Que nunca se la quite; que se haga más negra, más grande» (15%).

3. Deseos de felicidad: «Vivir feliz; que sea feliz, que sean felices, que lo haga más feliz» (35%).

4. En relación con la vida y la muerte: «Que no se los lleven al matadero; que no le/s maten; que no se mueran; que vivan siempre» (35%).

5. Deseos de crecimiento: «Ser mayor; grande y fuerte; tener fuerzas para defender a los cerditos» (15%).

Comentario: creemos entrever en estos deseos el impacto de las experiencias vividas por nuestros sujetos y los fantasmas que las acompañan: la casa, los padres; la familia, buena y unida. La pata negra como símbolo de algo feo y malo de que conviene librarse, o al revés, de algo bello y bueno que distingue al protagonista. Finalmente, los deseos de crecimiento, vida y felicidad, ante los fantasmas de separación y muerte.

En el Test de la Edad de Oro («¿Cuál es la edad en que la gente es más feliz?») nos sorprende constatar que únicamente hallamos 4 Rs claramente regresivas (20%): «Un mes, o muy pequeños, porque se lo hacen todo, están más mimados, no deben andar, hacen cosas de niños pequeños». Las demás respuestas se refieren a edades en que los problemas y sufrimientos son ausentes, o se tiene la vida por delante (25%), y en que se pueden y se saben hacer más cosas, eres mayor y tienes más libertad (40%). Dos Rs mencionan directamente a la familia (10%): Se es más feliz... «cuando tienes una semana de edad, para estar con la familia y así poder volver a empezar»; «cuando eres mayor. Tienes una familia, la quieres y la sabes bien». Finalmente, un sujeto muy inhibido contesta que no lo sabe.

Los dibujos: la lámina más interesante y el sueño de PN

La simple observación de estos dibujos confirma el perfil psicodinámico de nuestros Ss: El dibujo más frecuente (40%) es HADA, con PN formulando sus deseos. Destaquemos el de Alba (8a) en el que añade una casa rodeada por una valla. Siguen en frecuencia ÁRBOL, con la M, y A CABALLITO, con el P (20%). En este último, Sara (7a 7m) substituye los animales por cerezas, más apetecibles. Hay dos dibujos de SUEÑO M. En el de Zaet, una niña de 11a, «la M le dice a PN que vuelva a casa». También hay dos de CABRA y uno de CAMADA de una niña de 13a. El más original sea quizá

el de Marta, de 8a 9m, que dibuja HOYO, con un PN que «mira las estrellas, porque piensa en su M, en lo feliz que es, porque algunas veces él no lo es». Un último dibujo, también original, es el de Sergio, el niño de 12a 5m, asmático, de quien dimos antes la historia de PN. Sergio dibuja PARTIDA, con trazos tenues: PN, solo ante el camino larguísimo que se pierde al fondo en un telón de montañas altas y solitarias. Sergio se permite la fantasía de dibujar en una de sus cumbres un coche muy infantil, sin ventanas ni nadie que vaya en él. Más cerca de PN dibuja una casa que, al intentar darle perspectiva, le sale chafada, igual que el cerdito, como aplastados por una fuerza invisible, o vistos a ojo de pájaro, el tipo de casa que Hammer (1958) encuentra en Ss que combinan sentimientos de superioridad compensatorios y actitudes de rebelión contra los valores familiares. Por su comentario sabemos que «PN se va a casa del abuelo. Tiene ganas de verle. Hace 5 años que no le ve... Luego volverá, porque echa de menos a sus papas». En el dibujo del sueño de PN, Sergio dibuja un laberinto. PN sueña «que se ha perdido en un laberinto con numerosas puertas... Al final, PN toca un cerrojo y se convierte en cadáver».

Con estas breves indicaciones no pretendemos otra cosa que destacar aquellos signos o indicios que observamos en el Test PN y constituyen complementos muy útiles a la hora de corroborar, rectificar o rechazar una hipótesis diagnóstica.

Los dibujos del sueño de PN complementan precisamente estos signos con cuatro tipos de temas: persecutorio («PN encuentra el señor del matadero con una hoz y lo va a matar»), mágico o simbólico («PN sueña con el palacio que ha pedido al hada»), figuras ideales (el P, la M) o situaciones familiares («se casan PN y la cerdita, hija del vecino»), juego relacional («PN y su amigo juegan al escondite»).

Las figuras parentales

Los elementos propuestos hasta aquí, en su rica variedad y complementariedad, nos descubren algunas características del dinamismo profundo de la personalidad de niños y adolescentes de ambos sexos que han hecho la experiencia de la separación de sus padres.

Nos queda ahora por analizar e interpretar lo que anunciábamos en el mismo título de nuestro trabajo, es decir, las figuras parentales, tal como las proyecta el niño en el Test Patanegra. Nos preguntamos, en primer lugar, por la presencia o ausencia de dichas figuras, y en segundo lugar por las características de dichas figuras. Sobre este último extremo, a partir del análisis pormenorizado de los datos verbales obtenidos, proponemos diversas categorías de figura parental, designando con este término las cualidades características de los padres en el desempeño de sus funciones, cargadas de valor simbólico. También podríamos hablar en términos de los roles que asumen los padres dentro de la constelación familiar. Queremos

subrayar que nuestra propuesta no es teórica sino empírica y que las categorías de figura parental que proponemos a continuación tienen un alcance limitado y provisional.

A. AUSENTE. No se nombra. No existe o ha sido eliminada. En tal caso PN es huérfano.

B. ABANDÓNICA. Se nombra pero no acepta al hijo, no le quiere, le abandona. PN se siente rechazado, excluido, solo, triste.

C. FUGAZ, PASIVA, NO PRESERVADA. No tiene consistencia, ni solidez ni permanencia. Prevalecen en tal caso los sentimientos de desamparo de PN.

D. NUTRICIA. Satisface las necesidades oral/afectivas del hijo. Típica del rol materno pero atribuida también en ciertos casos al padre.

E. AMBIVALENTE. Con presencia simultánea de cualidades opuestas, p.ej. protector/agresor. En PN produce actitudes y sentimientos contrapuestos.

F. DISOCIADA. Figura escindida, fragmentada en partes distintas (p.ej. madre frustrante/madre gratificante), proyección de partes escindidas del propio *self*.

G. EDÍPICA. Adopta el rol característico del Complejo de Edipo. PN se sitúa, en el test, en una relación compleja triangular, conflictiva, frente a los padres. Este planteamiento y la aceptación de la ley paterna indican un proceso psicológico estructurador de la personalidad adulta.

Otros calificativos, como figura substituta, gratificante, rechazada, censurada, culpabilizada, supervalorada, etc., son subsumibles por las categorías propuestas o son matices de las mismas.

En un protocolo «normal» PN, podemos esperar que ambas figuras parentales se hallen presentes y reconocidas en su rol diferenciado, edípico. En tal caso, hacemos la hipótesis de un proceso madurativo normal y progresivo. Con esta expectativa analizamos los resultados de nuestra muestra, dividiendo los casos en dos subgrupos: A. Hijos de padres separados, sin que la separación haya sido precedida o seguida por conflictos conyugales graves. B. Hijos de padres separados por conflictos conyugales graves (discusiones reiteradas, peleas, agresiones, etc.).

Las figuras parentales del subgrupo A (11 casos) tienen las siguientes características:

- a. Figuras presentes, preservadas en su rol edípico (6 casos).
- b. Figuras ausentes, pasivas, fugaces con suplencias (M substituta, P valorado puntualmente) (2 casos).
- c. Figura paterna ausente, materna omnipresente (1 caso).
- d. Figura paterna ausente, materna fugaz (1 caso).
- e. Abandonadas ambas (1 caso).

Las figuras parentales del subgrupo B (9 casos) presentan las siguientes características:

- a. Figuras presentes, preservadas en su rol edípico (1 caso).

- b. Figuras ausentes (ambas) (2 casos).
- c. Figuras disociadas (ambas) (1 caso).
- d. Figura paterna ausente y materna disociada (1 caso).
- e. Figura paterna ausente y materna supervalorada (1 caso).
- f. Figura paterna ambivalente y materna abandonada (1 caso).
- g. Figura materna ausente y paterna nutricia (1 caso).
- h. Figura materna rechazada y paterna censurada (1 caso).

Comentario: Observamos una gran variedad de categorías y combinaciones en ambos subgrupos, pero con tendencias proteiformes más elevadas en el segundo, sobre todo de la figura materna. En el subgrupo A predominan las figuras parentales preservadas y edípicas, y los casos de suplencia ante las carencias de una de las figuras. No se observa ningún caso de disociación. En el subgrupo B, al contrario, predominan las figuras parentales ausentes, disociadas o abandonadas, con pocos casos de suplencia.

Conclusiones

Desde un punto de vista metodológico, la investigación llevada a cabo con el Test Patanegra con Ss de padres separados confirma las posibilidades diagnóstico-dinámicas de esta técnica temática. Los rasgos que configuran el perfil del protocolo PN de dichos sujetos son los siguientes: A. Frontispicio frecuente de familia desestructurada, signo probable de reivindicación afectiva. B. La variable sexo interviene significativamente en la elección de láminas para contar la historia. Los temas de autonomía, agresividad, soledad y compensación afectiva son más frecuentes en niños. Los que se refieren a la función materna, relaciones afectivas de la pareja, y de la pareja y el niño, son más frecuentes en niñas. C. La catexis o investimento elevado de la lámina BESOS indica la mayor carga afectiva del tema unión-separación de la pareja. D. El relato de las aventuras de PN se caracteriza por un tono y contenido disfórico, agresivo, indócil, reivindicativo de afecto, suplencias y compensaciones. En la resolución de la problemática relacional conflictiva el rol del padre parece primordial. E. La dinámica del deseo en la lámina HADA arroja frecuentes fantasías relacionadas con la familia, la culpabilidad, las señas de identidad, la vida y la muerte. F. Figuras parentales diversas y categorizables. Las preservadas, edípicas y de suplencia influirían en la personalidad básicamente sana de los hijos. Las ausentes, disociadas y abandonadas en la patológica. Estos últimos rasgos parecen darse con más frecuencia en hijos/as de parejas separadas o divorciadas, con graves conflictos conyugales. En consecuencia, el microclima conflictivo conyugal grave es probablemente una de las variables etiológicas más importantes en la patología de la personalidad del niño, tanto en su estructura profunda (extremo que detectamos en nuestra investigación) como en sus manifestaciones externas (parcialmente com-

probable en nuestro estudio y evidente en investigaciones sobre psicopatología de la delincuencia).

Queremos concluir con una breve nota prospectiva: las investigaciones futuras en este campo deben trabajar con muestras más amplias y diferenciadas, tanto de la población «normal» como clínica (p.ej. con niños abandonados que sufren graves carencias afectivas); utilizando metodologías proyectivas diversas que confirmen, maten, complementen o rechacen los datos obtenidos con un solo método. Aunque costosa, propugnamos la convergencia entre tests temáticos, gráficos y el Test de Rorschach; en interacción dialéctica con los datos clínicos, con el propósito último de llegar a una síntesis clínico-proyectiva que oriente y verifique la intervención terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- ABADI, M. (1960). *Renacimiento de Edipo*. Buenos Aires: Nova.
- ABELLÓ, N. & PÉREZ SÁNCHEZ, M. (1984). Estructures preedípiques. *Revista Catalana de Psicoanálisis I*, 1, 109-122.
- ABERASTURY, A. & SALAS, E. (1978). *La Paternidad*. Buenos Aires: Kargieman.
- ANZIEU, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- ANZIEU, D. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Collection Inconscience et Culture. Paris: Dunod/Bordas.
- BION, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. (Trad. cast.) Buenos Aires: Paidós (1980).
- BOWLBY, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Ginebra: World Health Organization.
- CORMAN, L. (1991). *Test Patanegra del Dr. Louis Corman*. (Juego de 20 láminas), 6ª ed., 1991. Barcelona: Distrib. Ed. Herder.
- CORMAN, L. (1971). *Examen psicológico del niño*. Barcelona: Herder.
- CORMAN, L. (1974). *Psicopatología de la rivalidad fraterna*. Barcelona: Herder.
- CORMAN, L. (1979). *El test PN. Manual primero*. Barcelona: Herder.
- CORMAN, L. (1981). *El test PN. Manual segundo*. Barcelona: Herder.
- CORMAN, L. (1983). *El test PN. Manual tercero*. Barcelona: Herder.
- EBTINGER, R. & BOLZINGER, A. (1981). L'infantile en question. *L'Evolution Psychiatrique*, 47, 1. Toulouse: Ed. Privat.
- FREUD, S. (1897). *Los orígenes del psicoanálisis*. (Trad. cast.) O.C. III, p.785, Madrid: Biblioteca Nueva, 1968.
- KLEIN, M. (1933). *Relato del psicoanálisis de un niño*. (Trad. cast.) O.C. I, Buenos Aires: Paidós, 1980.
- LIDZ, R. W. & Lidz, T. (1969). The Family Environment of Schizophrenic Patients. *J. Psychiat.*, 332-345.

- PINILLOS, J. L. (1981). Observaciones sobre la psicología científica, en Pelechano, V., Pinillos, J. L. & Seoane, J. *Psicologema*. Valencia: Alfapíus.
- RASCOVSKY, A. (1973). *Conocimiento del hijo*. Buenos Aires: Orion.
- RUTTER, M. (1972). *Maternal deprivation reassessed* (Trad. cast.) *La privación materna*. Madrid: Morata, 1980.
- SPITZ, R. (1946). *Anaclitic depression*. *Psychoanalytic Study of the Child*. 2, 313-342.
- SCHAFFER, H.R. (1990). *Making Decisions about Children* (Trad. cast.) *Decisiones sobre la infancia. Preguntas y respuestas que ofrece la investigación psicológica*. Madrid: Visor distribuciones, 1994.
- VERGOTE, A. (1966). *Psychologie religieuse*. Bruxelles: Dessart.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

Jordi Bachs
Passatge Garraf, 22
08192 Sant Quirze del Vallès
(Barcelona)

Trastornos de conducta histéricos y el test de la figura humana

P. Barbosa, E. Busquets, M. Call, X. Corral, C. Fabrega, M. Pérez, N. Roselló y M. Salamero.

RESUMEN

Este trabajo es una etapa de un proyecto más amplio: «Los Indicadores Psicopatológicos en los tests gráficos: H-T-PP». Los objetivos que nos proponemos son la estandarización y la obtención de baremos propios en el H-T-PP. Se ha utilizado una muestra de 62 pacientes, diagnosticados con trastornos histriónicos de personalidad, según el ICD-9. Hemos ido construyendo una Escala y su Manual correspondiente, para recopilar de forma más objetiva, los datos gráficos de las figuras humanas. Al usarlas en dicha muestra, vemos la validez y la fiabilidad de los instrumentos usados. Realizado este trabajo, hemos podido descubrir las correcciones convenientes, para redactar Escala y Manual de una manera más definitiva.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que presentamos es un primer estudio de una ambiciosa, larga y sugerente investigación, entorno a «Los indicadores psicopatológicos en los tests gráficos H-T-PP», para obtener los diversos resultados gráficos según los diferentes cuadros psicopatológicos.

En la utilización de las técnicas proyectivas, siempre nos han preocupado e interesado dos cuestiones, que creemos de gran importancia, la primera: la estandarización de dichas técnicas proyectivas; y la segunda: el tener unas normas y baremos propios. Se trata de dar un valor más científico a los tests proyectivos. Estas dos cuestiones son objetivos básicos que nos proponemos en esta investigación, que nosotros concretamos a través del test gráfico del H-T-PP.

Hace cinco años, un grupo de psicólogos del Departamento de Investigación de la «Fundació Vidal i Barraquer», participamos en una investigación sobre pacientes Borderline. Nuestra colaboración fue el estudio y la presentación de un listado de rasgos de los tests gráficos, figura humana y árbol, que podían ser indicadores psicopatológicos característicos de las personalidades borderline, según los criterios del DSM-III. Además, recopilamos los rasgos gráficos, en relación con los mecanismos de defensa propios de los sujetos borderline. El estudio sobre pacientes borderline, fue presentado en el Sexto Congreso Europeo de Psiquiatría, celebrado en Noviembre de 1992, en Barcelona.

De aquella investigación surgió la idea de un proyecto más amplio, «Los Indicadores Psicopatológicos en los tests gráficos:H-T-PP».

La «Fundació Vidal i Barraquer», había desarrollado y creado la Historia Psiquiátrica Automatizada de Barcelona (HPAB), una amplia

historia automatizada, donde se recogían muchos datos de los pacientes, que eran atendidos en nuestro Departamento de Asistencia. En dicha historia, había los bloques 77 y 78, para la figura Humana y el Arbol, que eran aplicados a los pacientes. Dichos bloques eran de gran utilidad clínica, pero tenían ciertas dificultades para ser utilizados para la investigación. De aquí vino la necesidad de obtener y crear un instrumento nuevo que nos sirviera para investigar. El primer paso que estamos realizando en nuestro proyecto de Cuadros Psicopatológicos y el test H-T-PP, es obtener el instrumento válido científicamente, para recoger y recopilar las diferentes variables gráficas, los rasgos gráficos.

Hemos empezado pues, redactando una nueva herramienta para recoger los diferentes rasgos gráficos. Basándonos en los autores tradicionales, Hammer (1969), Koppitz (1973), Harris, Portuondo (1973), Escribano (1976), Di Leo (1974), Grassano de Piccolo (1977), Machover (1966), Koch (1962), García Arzeno (1993), vimos también la necesidad de redactar un Manual donde se concretaran y definieran las variables gráficas. De esta manera pretendemos reducir, en lo posible, el aspecto subjetivo en la recogida de los datos.

Después de tres redacciones y con las consiguientes correcciones, obtuvimos un primer cuestionario-escala y un manual de valoración provisionales, referidos por el momento sólo al test de la Figura Humana. Nuestro propósito firme es perfeccionar la escala y su manual, ampliándolo a los dibujos de la Casa y del Arbol.

En esta comunicación presentamos los resultados obtenidos a partir de nuestra Escala provisional, aún sobre los rasgos gráficos en el test de la Figura Humana (un hombre y una mujer), dibujados por una muestra de 62 sujetos, diagnosticados clínicamente, según el ICD-9 de la OMS, con un trastorno de personalidad histriónico. Con ello pretendemos iniciar el camino hacia la verificación de la validez y fiabilidad del instrumento-escala.

METODO

Sujetos

La muestra está formada por 62 personas. Han sido diagnosticadas, según el ICD-9, como pacientes con Trastorno Histriónico de Personalidad, (301.5). El 81% de los sujetos de la muestra son mujeres (Tabla 1). La edad media de los individuos es de 32 años. El intervalo de edades es de 17 a 61 años. Un 45% de los mismos se concentra en el intervalo que va de los 21 años a los 30 años de edad (Tabla 2). Teniendo en cuenta el estado civil, observamos que el 40% son solteros. Un 32% son sacerdotes o religiosos. Unicamente el 27% están o han estado casados (Tabla 3). Respecto a los estudios cursados por las personas que constituyen la

muestra, el 50% tienen estudios superiores. Han realizado solamente estudios primarios el 16% (Tabla 4). Profesionalmente, vemos que el 76% de estos sujetos trabajaban. El 37% de los individuos de la muestra se dedicaban al campo de la enseñanza (Tabla 5). En cuanto a la composición de la familia parental, el promedio de hijos de estas familias es de 4. El intervalo del número de hijos va desde 1 hijo a 9 hijos. El 58% entran en el intervalo de 2 a 4 hijos (Tabla 6). El 39% de los individuos ocupan el primer lugar en el orden de hermanos, en sus familias de origen. El 26% ocupan el segundo lugar (Tabla 7). El 77% de las personas de la muestra no tienen hijos (Tabla 8). Respecto el lugar de nacimiento, el 50% han nacido en Catalunya; el 42% son nacidos en el resto del estado español (Tabla 9).

Tabla 1.
Sexo

Sujetos	Frecuencia	%
Mujeres	50	80,65
Hombres	12	19,35
TOTAL	62	100%

Tabla 2.
Edades

Intervalos-Años	Frecuencia	%
Menos de 21	4	6,45
21-25	19	30,64
26-30	9	14,51
31-35	7	11,29
36-40	9	14,51
41-45	4	6,45
46-50	4	6,45
51-55	2	3,22
56-60	2	3,22
Más de 60	2	3,22
TOTAL	62	100%

Tabla 3.
Estado civil

Categoría	Frecuencia	%
Soltero	25	40,32
Casado	13	20,96
Separado	2	3,22
Viudo	2	3,32
Sacerdote-Religioso	20	32,25
TOTAL	62	100%

**Tabla 4.
Estudios**

Nivel	Frecuencia	%
Primarios	10	16,12
Secundarios	18	29,03
Superiores	31	49,99
No constan	3	4,83
TOTAL	62	100%

**Tabla 5.
Profesión**

Tipos	Frecuencia	%
—Estudiantes	7	11,29
—Sus labores	6	9,67
—Paro	2	3,22
—Ocupaciones Laborales:		
Enseñanza	23	37,09
Administrativo	10	16,12
Enfermería	3	4,83
Religioso	3	4,83
Comercio	2	3,22
Industria	2	3,22
Empleadas de Hogar	1	1,61
Fotógrafo	1	1,61
Trabajador Social	1	1,61
Sacerdocio Secular	1	1,61
TOTAL	62	100%

**Tabla 6.
Hermanos (Hijos en la familia parental)**

Número	Frecuencia	%
1	5	8,06
2	13	20,96
3	12	19,35
4	11	17,74
5	6	9,67
6	3	4,83
7	6	9,67
8	4	8,45
9	1	1,61
No consta	1	1,61
TOTAL	62	100%

Tabla 7.
Lugar que ocupa entre los hermanos

Orden	Frecuencia	%
1ª	24	38,70
2ª	16	25,80
3ª	11	17,74
4ª	5	8,06
5ª	2	3,22
6ª	3	4,83
7ª	1	1,61
TOTAL	62	100%

Tabla 8.
Hijos

Número	Frecuencia	%
0	47	75,80
1	3	4,83
2	9	14,51
3	3	4,83
TOTAL	62	100%

Tabla 9.
Lugar de nacimiento

Lugar	Frecuencia	%
—Catalunya:		
Barcelona-Capital	21	33,87
Barcelona-Provincia	7	11,29
Tarragona	1	1,61
Lleida	1	1,61
Girona	1	1,61
—Fuera de Catalunya:	22	35,48
—Fuera del Estado Español:	4	6,45
—No consta:	5	8,06
TOTAL	62	100%

Procedimiento

Se escogieron al azar, del fondo de pacientes atendidos en el Departamento de Asistencia de la «Fundació Vidal i Barraquer», sesenta y dos pacientes cuyo diagnóstico era de transtornos histriónicos de persona-

lidad, (301.5) del ICD-9 de la OMS. Recogimos los dibujos de la Figura Humana, que dibujaron los pacientes, en el proceso diagnóstico, un hombre y una mujer. Se utilizaron la escala y el manual actuales, para recopilar los distintos rasgos gráficos de los dibujos obtenidos. Se calcularon la frecuencia y los tantos por ciento de dichos rasgos gráficos.

RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados que aparecen con una frecuencia superior al 50% de los dibujos.

Si hiciéramos un dibujo con unos rasgos gráficos, presentes en más del 50% de los casos, obtendríamos una figura con un perfil como el que vamos a describir a continuación.

El sexo de la figura dibujada en primer lugar, representa al sexo propio del paciente, 66,48%. La posición del dibujo respecto la hoja es vertical, 89,10%. El emplazamiento corresponde al lado izquierdo de la hoja, 62,20%.

La cualidad de las líneas es homogénea, 61,30%. El trazo continuo, 57,10%. Es una figura simétrica, 58,80%. De contornos bien delimitados, 68,90%. Dibujada en perspectiva de frente, 80,70%. De pie, 83,20%, con un movimiento sólo postural, 57,60% y con un tono natural, 60,50%.

Se trata de una figura completa, 78,20%. La cabeza bien dibujada, no presenta deformidades, 99,20%. El cabello presente, en cantidad medio-normal, 71,40%; su aspecto es ordenado, 76,80% y de rasgo liso, 65,50%.

La frente aparece parcialmente tapada, 52,10%; el aspecto es liso y sin arrugas, 80,70%.

Los ojos abiertos, 92,40%; con pupila 68,90%; sin pestañas 68,10%. La mirada es frontal, 63,90%. La posición de las cejas es normal, adaptándose adecuadamente a la forma de los ojos, 58,80%.

La nariz tiene una longitud medio-normal, 57,10%; no se indican las fosas nasales, 63%.

La impresión que da la boca es normal, sin rasgos inadecuados ni bizarros, 86,69%; cerrada 56,30% y simétrica, 63,90%.

El aspecto de la mandíbula es normal, 81,50%. La barbilla no resaltada, 76,50%. Las mejillas tampoco están resaltadas, 84%.

La forma del tronco es normal, ni lineal, ni geométrico, ni bizarro, 75,60%. Está cerrado por abajo, 69,70%; de una amplitud media, 69,70%; igualmente con una longitud adecuada, 67,20%.

Los hombros no están destacados, 55,50%, ni caídos, ni levantados, de aspecto normal, 53,80%.

La cintura, ni ancha, ni estrecha, es normal-media, 59,70%. A partir de la cintura, el dibujo no presenta variaciones especiales ni se interrumpe, 73,10%.

Los órganos sexuales no son señalados, 95,80%.

El brazo derecho presente, completo, 67,20%; con una longitud normal, hasta medio muslo, 52,10%; su anchura es normal, 52,90%; y está bien unido al tronco, 81,50%.

El brazo izquierdo presenta unas características semejantes, completo, 67,20%; de longitud y anchura normales, 54,60% y 53,80%; y bien unido al tronco, 72,80%.

Es un dibujo con la mano derecha y la mano izquierda no ocultas, 63% y 61,30%.

En cuanto a las extremidades inferiores, la pierna derecha presente, de forma completa, 68,90%; de longitud, 52% y anchura normal-medias 55,50%. La pierna izquierda se presenta igualmente completa, 66,40% y también de longitud, 53,80% y anchura, 56,30% normales.

Dibujado con zapatos, el derecho, 78,90% y el izquierdo, 72,20%. Los dedos de ambos pies no son visibles. (Del pie derecho, 74,80%; del pie izquierdo, 73,10%).

Las proporciones piernas-tronco son correctas, 54,80%. Las piernas están bien unidas al tronco, 60,50%.

Las articulaciones no destacan en el dibujo; ni hombros, 79%, ni codos, 88,20%, ni muñecas, 96,60%, ni rodillas, 90,80%, ni tobillos, 95%.

No hay transparencias anatómicas, 81,50%.

La figura dibujada está vestida, 79%; con pocos detalles. No aparecen: botones, 68,90%; bolsillos, 75,60%; corbata, 93,30%, calcetines, 94,10%; cinturón, 61,30%; lazo en el pelo o diadema, 93,30%; puño, 77,30%; joyas, 89,90%; bragueta, 94,10%. Dibujo sin sombrero, 95,80%. Los zapatos dibujados sin detalles. No hay: cordones, 87,40%; hebillas, 99,20%; tacones, 78,20%.

La persona dibujada no lleva objetos portátiles, ni manejables, 79,90%. No dibuja: bolso-cartera, 89,90%; bastón, 100%; gafas, 100%; pipa-cigarrillo, 99,20%; paraguas, 99,20%; libros, 100%; ramo de flores, 100%; paquetes, 100%; juguetes, 100%; instrumentos musicales, 100%; instrumentos deportivos, 99,20%.

El tipo de vestimenta de la figura es de apariencia normal, 53,80%. Otro tipo de vestuario aparece sólo: uniforme militar, 0,8%; vestidos profesionales, 1,70%; religioso, 0,80%; trajes regionales, 2,50%; deportista, 1,70%; tribus urbanas, 0,8%; vestidos infantiles, 13,40%.

En el dibujo no están añadidos elementos ambientales, ni naturales, ni contruídos por seres humanos, 94,60%. No aparece ni una sola vez, el sol, la luna, estrellas, nubes, árboles, caminos, animales, vehículos, mobiliario; solamente aparecen una vez una casa y una un paisaje.

La línea de la tierra no está señalada, 83%.

Teniendo en cuenta los distintos elementos del cuerpo, este dibujo presenta:

Cabeza, 100%; con cara, 97,50%; cabello, 84%; sin patillas, 89,90%;

con frente, 85%; ojos, 96,60%; sin párpados, 62,20%; ni orejas, 99,20%; con cejas, 73,90%; sin pestañas, 66,40%; con nariz, 95,80%; boca, 91,60%; no son visibles los dientes, 99,20%; ni la lengua, 100%; le faltan las orejas, 52,60%; sin barba, 92,20%; ni bigote, 89,10%; la figura presenta cuello, 84,10%; no está señalada la nuez de Adán, 98,30%. Dibujado el tronco, 86,50%; y los hombros presentes, 84%; sin pelo en el pecho, 98,30%; ni senos, 85,70%; ni costillas visibles, 98,30%; ni ombligo, 95,80%. La cintura está señalada, 63%. Dibujadas las dos piernas, derecha, 79,80% e izquierda, 78,20%.

Señalamos el concepto de tamaño de diferentes elementos del cuerpo: La cabeza aparece grande, 50%. Están dibujados en adecuada proporción respecto la cara: la frente, 82,50%; los ojos, 60,20%; las cejas, 61,20%; la nariz, 52,40%; la boca, 64,10%; y la barbilla, 74,80%. El tronco es proporcional al tamaño del cuerpo, 60,20%.

El dibujo no presenta ni sombreados, ni rasgos reforzados, ni borrados. Solamente los ojos aparecen reforzados en el 51,50%.

CONCLUSIONES

A.— Conclusiones referidas al instrumento-escala, utilizado en la presente investigación:

- 1ª.— La Escala nos parece adecuada, en principio, para recoger de manera sistemática, los rasgos gráficos, tanto a nivel expresivo, como a nivel de contenido formal del dibujo de la figura humana.
- 2ª.— Hemos constatado que las diferentes respuestas alternativas en cada ítem, nos permiten reunir adecuadamente, las diversas posibilidades de un rasgo concreto del dibujo.
- 3ª.— El grado de consenso alcanzado, ha sido alto, en la construcción de la Escala, en la definición de los conceptos del contenido de los diferentes ítems y en la valoración al utilizarla en gráficos concretos.
- 4ª.— El presente trabajo, nos ha permitido concretar algunas modificaciones, que serán introducidas en la próxima redacción del Manual de la Escala, para facilitar su posterior utilización.
- 5ª.— Antes de divulgar nuestra Escala entre miembros del campo de la Salud Mental, consideramos necesario realizar pruebas de fiabilidad de la Escala, con profesionales externos a nuestro grupo de trabajo. La próxima tarea que vamos a realizar tendrá este objetivo.

B.— Conclusiones referentes a los resultados obtenidos en nuestra investigación:

- 1ª.— Nos llamó mucho la atención, sorprendiéndonos, por lo inesperado, la normalidad-media aparecida en los dibujos de

nuestra muestra, de pacientes con trastornos de personalidad histriónica.

- 2ª.— Los rasgos gráficos más característicos y significativos de los pacientes psicóticos, no están presentes en la figura, en el perfil medio del dibujo de nuestra muestra.
- 3ª.— Vamos a proseguir la investigación, estudiando un grupo de neuróticos histéricos y una muestra clasificada como de sujetos no pacientes, para poder comparar los resultados obtenidos y ver las diferencias significativas, pudiendo así llegar a conclusiones más claras y definitivas.

BIBLIOGRAFIA

- ABT, L.E. Y BELLAK, L., (1967). *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- ANZIEU, D. (1967). *Los Métodos Proyectivos*. Buenos Aires: Abaco.
- BELL, J. (1964). *Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- DIAZ CUIEL, J. Y PEREZ GARCIA, P. *Indicadores Psicopatológicos en Estructuras Fronterizas: Estudio a través de Tests Gráficos*, IX Simposio Nacional de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, Mayo de 1986, Cartagena.
- DILEO, J. (1974). *El dibujo y el diagnóstico psicológico del niño normal y anormal de 1 a 6 años*. Buenos Aires: Paidós.
- ESCRIBANO, J. Mª. (1976). *Test de la Figura Humana de Machover*. Madrid: CCP.
- GARCIAARZENO, M.E. (1993). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRASSANO DE PICCOLO, E. (1974). *Los tests gráficos*, (Defensas en los tests gráficos), en SIQUIER DE OCAMPO y otros, *Las técnicas proyectivas y el proceso diagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRASSANO DE PICCOLO, E. (1977). *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- HAMMER, E. F. (1969). *Tests Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- KOCH, K. (1962). *El test del árbol*. Buenos Aires: Kapelusz.
- KOPPITZ, E. (1973). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- KOPPITZ, E. (1991). *Evaluación psicológica de los dibujos de la Figura Humana*. México: Manual Modemo.
- MACHOVER, K. (1966). *Dibujo de la Figura Humana: Un método de investigar la personalidad*, en ANDERSON Y ANDERSON, *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico*. Madrid: Rialp

MAGANTO, C. Y MAGANTO, J.M. (1990). *T.D.A. Test del Dibujo de un Animal*. Madrid: Seco Olea.

MEILI-DWORETZKI, G. (1979). *El dibujo de la figura humana*. Vilassar de Mar: Oikos-Tau.

OSTERRIETH, P. A. (1977). *El dibujo en el niño*, en GRATIOT, ALPHANDERY H., ZAZZO R. *Tratado de Psicología del niño*, tomo 6, Madrid: Morata.

PORTUONDO, J. A. (1973). *Test Proyectivo de K. Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.

PORTUONDO, J. A. (1974). *Test Proyectivo de Machover*, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

RABINA, I. YHAWORTH, M.R. (1966). *Técnicas Proyectivas para niños*. Buenos Aires: Paidós.

STORA, R. (1980). *El test del árbol*. Buenos Aires: Paidós.

VIVES, M. (1994). *Instrumentos y Aplicaciones del Psicodiagnóstico Infantil*. Barcelona: PPU.

XANDRO, M. (1991). *Manual de tests gráficos*. Madrid: EOS.

Departamento de Investigación
de la "Fundació Vidal i Barraquer"
Rivadeneyra, 6, 6^a
08002 Barcelona

CONFERENCIA DE CLAUSURA DEL CONGRESO. Orientaciones para la evaluación de hispanos en los Estados Unidos de Norteamérica utilizando la prueba de Rorschach y el Test de Apercepción Temática

R. H. Dana

RESUMEN

Los hispanos en los Estados Unidos a menudo reciben servicios de evaluación que no son cultural ni lingüísticamente competentes. Este trabajo sugiere algunas orientaciones de competencia cultural para usar pruebas proyectivas con hispanos. Estas orientaciones incluyen puntos tales como una población hispana diversa, el uso del idioma español, el estilo de dar el servicio, información sobre la aculturación, interpretación de las pruebas, diagnóstico psiquiátrico, teoría relevante de la personalidad, y la presentación de los resultados.

INTRODUCCIÓN

Es para mi un honor y un gran placer el estar hoy aquí en Barcelona con todos ustedes. Debido a que soy un extraño entre ustedes, quiero comenzar por hacer un resumen de mi historia personal como evaluador. Durante casi 50 años una gran parte de mi identidad profesional ha girado alrededor del uso de técnicas proyectivas al realizar evaluaciones. Durante mis años de universitario tuve el privilegio de aprender el Test de Apercepción Temática con Silvan Tomkins (1947); él me enseñó que aún historias breves pueden ser transformadas en poderosos y verosímiles perfiles de personalidad. Sin embargo, estos perfiles pueden también reflejar la personalidad del psicólogo.

Los sistemas de calificación desarrollados por Beck y Klopfer, los combiné rápidamente con mi propio enfoque humanístico-científico (Dana, 1984), el cual era existencial, interpersonal y conductual (Dana, 1982; Dana & Leech, 1974). Durante casi 40 años enseñé a los estudiantes a calificar los protocolos de Rorschach con un criterio de concordancia del 75% (Dana, 1955; Voigt & Dana, 1964) y a comparar los conceptos en los informes de los estudiantes con los informes criteriosales de los profesores para facilitar el aprendizaje de la interpretación (Dana, 1975). Aprendieron a dar resultados orales y escritos de manera honesta (Dana & Foulke, 1979; Dana, Hannifin, Lancaster, Lore & Nelson, 1963; Dana 1980, 1985; Dana & Graham, 1976; Gríswold & Dana, 1970), y a reducir sus propias fantasías en

los informes (Dana, 1966; Dana, Bolton & West, 1983). Al mismo tiempo intenté validar los constructos de personalidad del Rorschach (Dana, 1968; Dana & Back, 1983; Dana, Bonge y Stauffacher, 1981).

Al inicio de los años 80, comencé a usar pruebas proyectivas con indios americanos (Dana, 1986). Lo que yo creí que era un protocolo de Rorschach adecuado para propósitos de interpretación, a menudo resultaba ser un registro que no podía ser interpretado acertadamente. Pronto descubrí que había deshumanizado a personas de una cultura que tenía puntos de vista muy diferentes a los míos. No fui el único en cometer este error. Bruno Klopfer en una ocasión aplicó la teoría psicoanalítica de la personalidad a un protocolo de Rorschach de un indio shaman americano, obteniendo resultados muy similares (Klopfer & Boyer, 1961).

En aquel entonces yo no sabía que las interpretaciones de los psicólogos anglos en los Estados Unidos estaban basadas en un modelo científico, con derivados tales como psicometría, teorías de la personalidad, y clasificaciones diagnósticas que se originaron a partir de puntos de vista del mundo europeo y americano. Nunca hubiera aprendido esto sin estar convencido de que las personas a las que se administran pruebas y sus allegados, deben conocer los resultados de la prueba y ser alentados a compartir la evaluación de los resultados. Para poder lograr un buen entendimiento de personas de otra cultura usando pruebas proyectivas, se requiere tener un íntimo conocimiento de dicha cultura, y tener también la habilidad de suspender o dejar de lado la creencia de que nuestra propia cultura es el punto estándar de comparación.

Orientaciones para el uso de pruebas proyectivas con hispanos

Los psicólogos profesionales en los Estados Unidos actualmente evalúan clientes provenientes de diferentes culturas. Muchos de estos clientes son refugiados políticos. Dentro de 15 años, más de la mitad de la población no será de un origen cultural europeo (Sue, 1991); aproximadamente un 15% del total de la población de los Estados Unidos estará formada por hispanos (Davis, Haub & Willette, 1988). Como resultado de la tan cambiante demografía, actualmente se dispone de diversas orientaciones en los servicios psicológicos para diferentes grupos étnicos y raciales (por ejemplo, la Oficina para asuntos étnicos de minorías de la APA, 1993; Guzman, 1993; Prediger, Marzo de 1993). Este trabajo presenta el primer conjunto de orientaciones para el uso de pruebas proyectivas con hispanos.

Estas orientaciones hacen referencia a la diversidad de la población hispana, al uso del primer idioma del cliente, al estilo de prestar el servicio, al estado de aculturación, a la interpretación de la prueba, al diagnóstico psiquiátrico, y a la presentación de hallazgos de personalidad.

Tabla 1.
Orientaciones para el uso de Pruebas Proyectivas con Hispanos

Area	Descripción
Diversidad de la población	Deben reconocerse las enormes diferencias intergrupales entre los tres principales grupos de residentes, refugiados, inmigrantes y viajeros de 17 países, a menudo con orígenes birraciales
Idioma	Siempre debe usarse el idioma del cliente. El uso de traductores o intérpretes siempre genera problemas especiales
Servicio	Las buenas maneras sociales apropiadas son obligatorias. Se requiere la simpatía que incluye el respeto y confianza personal al hablar
Aculturación	Se requiere una evaluación del estado de aculturación, antes de la selección y administración de las pruebas. Esto proporciona pistas para la subsecuente interpretación de la prueba
Interpretación: Inferencia clínica	Derivados de la experiencia/conocimiento cultural: Visión del mundo, valores, identidad grupal, concepto de sí mismo, creencias de salud/enfermedad, idioma, teoría de la personalidad para hispanos
Interpretación: Calificaciones y datos normativos	Debe construirse una validación para poblaciones hispanas. Se necesitan normas separadas para proveer correcciones que sean acordes al estado de aculturación
Diagnóstico psiquiátrico	Reconocer las limitaciones del DSM-IV. Usar síndromes que sean culturalmente específicos y formulaciones culturales para hispanos
Teoría de la personalidad	Usar las fuentes existentes de datos tanto empíricos como teóricos de la personalidad, relevantes a cada subgrupo hispano
Devolución de resultados al cliente	Deben reconocerse las consideraciones culturales al realizar la devolución de resultados al cliente/familia

Diversidad

La evaluación de los hispanos en los Estados Unidos se complica por la diversidad existente entre los mismos hispanos. Más del 80% provienen de tres orígenes principales: Mejicanos, puertorriqueños y cubanos. Además, hay hispanos que llegaron en años recientes provenientes de 16 países latinoamericanos y de España; muchas de estas personas son birraciales, descendientes de indios o africanos, además de tener ancestros

españoles. Una gran mayoría de estas personas son católicos romanos y el español es su idioma común, un 90% de ellos continúan hablando español a pesar de la oposición nacional al bilingüismo (Padilla et. al., 1991).

Idioma

Con excepción del Valle del Río Grande, en la frontera entre Texas y Méjico, la mayoría de los psicólogos anglos no hablan español ni son conscientes de lo perjudicial que es prestar los servicios en el segundo idioma del cliente o del psicólogo. La habilidad de comunicarse y comprender la identidad de los hispanos como grupo, sus puntos de vista, síntomas, conflictos o crisis durante el proceso de aculturación, se facilita enormemente con el conocimiento del idioma español.

Estilo al prestar el servicio

El estilo utilizado para desarrollar el «rapport» necesario para una relación cómoda y el lograr que los clientes presten especial atención a las pruebas proyectivas, debe ir de acuerdo con las expectativas del cliente. Los clientes sólo pueden responder a las pruebas y participar plenamente si se encuentran en una atmósfera de plena confianza. Un trato social cálido, confiado y afectuoso, genera un estilo cultural hecho de simpatía personal y respeto, que favorece un clima de diálogo. (Triandis, Marin, Lisansky & Betancourt, 1984).

Aculturación

Una evaluación de la aculturación, o de la orientación cultural, debe realizarse antes de administrar cualquier prueba para evaluar al cliente como un ser cultural. Orientaciones culturales tradicionales, marginales, biculturales, asimiladas, pueden ser examinadas usando información y datos de las pruebas o entrevistas (Dana 1992, 1993, 1995, en prensa). Se dispone de muchas medidas específicas de aculturación para hispanos (Dana, 1995, enviado para publicación). La información sobre el estado cultural puede ser usada para aceptar, modificar, o rechazar las calificaciones, normas y estándares interpretativos aplicados a un individuo en particular.

Diagnóstico psiquiátrico

El *Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM)* siempre ha patologizado a los hispanos y el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) no es una excepción (Cervantes & Arroyo, 1994). Sin embargo, el *DSM-IV* incluye un glosario de trastornos culturales y la recomendación de usar formulaciones

culturales. Desafortunadamente, se omitió el cómo preparar y usar una formulación cultural. Con todo, una formulación cultural para hispanos, derivada del *DSM-IV*, ha sido preparada y enviada para publicación por Israel Cuéllar, Genaro Gonzáles y un servidor.

El criterio psiquiátrico para la salud mental, que incluye un concepto de sí mismo con límites firmes (Sampson, 1988), no es normal para muchos hispanos quienes tienen conceptos de sí mismos extendidos, con límites semi-permeables que admiten a la familia y otros. Además, muchos hispanos, particularmente de Méjico, tienen orígenes que son predominantemente indígenas; sus conceptos del sí mismo pueden incluir fuerzas naturales y sobrenaturales. Una consecuencia inevitable es la patologización, especialmente si para interpretar se usan teorías de la personalidad anglo-europeas. Como resultado, deberían aplicarse formulaciones culturales para todos los grupos raciales y étnicos, incluyendo a los hispanos, cada vez que se utilice el *DSM*, el cual es un estándar anglo-americano para el diagnóstico psiquiátrico.

Se puede argumentar que los psicólogos que tienen gran habilidad en el uso de pruebas proyectivas no se desviarán. Yo creo que los psicólogos anglos pueden ofrecer a los hispanos servicios de evaluación culturalmente competentes, aunque la mayoría de los psicólogos que asisten a mis talleres de evaluación transcultural, no son conscientes de la profundidad con que la cultura puede influenciar un proceso interpretativo.

Interpretación

Inferencia clínica. En los Estados Unidos la interpretación del Rorschach ha sido derivada históricamente de las teorías psicoanalítica (por ejemplo, Bruno Klopfer, Roy Schafer, Sydney Blatt), existencial-humanística (por ejemplo, Constance Fischer, Richard Dana), o de consideraciones eclécticas/empíricas (John Exner). Estas orientaciones interpretativas se pueden adaptar para culturas que no son europeas ni anglo-americanas. Sin embargo, tales adaptaciones no han tenido éxito con las tribus de indios americanos y sólo han funcionado algunas veces para sociedades con puntos de vista muy diferentes acerca del mundo (por ejemplo, Doi para el Japón).

Actualmente está reconocido el papel de la cultura en la interpretación de las historias al TAT (Howard, 1991), aunque en los Estados Unidos no se ha examinado una interpretación transcultural para hispanos. Únicamente TEMAS (Tell me a story = cuéntame una historia) provee imágenes que están diseñadas para grupos raciales especiales. Las variables de calificación, las normas y la interpretación de TEMAS están diseñadas para ser culturalmente competentes (por ejemplo, Costantino, Malgady, Casullo & Castillo, 1991).

Ambos, el Rorschach y el TAT, deberían interpretarse cuidadosa-

mente de acuerdo con las siguientes advertencias: (a) A menudo será necesario administrar y registrar la prueba en español con el fin de proveer protocolos adecuados para la interpretación. (b) La interpretación debería considerar la orientación cultural o el grado de aculturación. (c) A pesar del estado o grado de aculturación, la interpretación debería basarse en la comprensión de la cultura hispana en general, así como en la comprensión del país de origen del cliente y de circunstancias de vida específicas.

Calificaciones de las pruebas y datos normativos. Siempre que se usen calificaciones o puntuación de una prueba, los psicólogos deberían ser conscientes y tener precaución de cómo se interpretan estas calificaciones. Es necesario hacer estudios de validación transcultural antes de que se asuma que los resultados de las pruebas tienen el mismo significado para los hispanos y para los anglo-americanos. Por ejemplo, el Sistema Comprensivo de Exner puede ser usado en Estados Unidos únicamente con hispanos biculturales, o con quienes han asimilado muy bien la cultura americana. No se ha demostrado ningún constructo transcultural equivalente que pueda ser utilizado con personas tradicionales o marginales de cualquier subgrupo hispánico (Dana, 1993). Hasta que esto no suceda, es preferible utilizar la prueba de Holtzman con mejicano-americanos y latinoamericanos (por ejemplo, Moseley, 1967). La prueba TEMAS (Costantino, Malgady & Rogler, 1988) debería ser administrada a todos los niños y adolescentes hispanos en lugar del TAT. Solamente las pruebas que han sido desarrolladas para un grupo pueden evitar la potencial confusión entre la cultura y la enfermedad psiquiátrica, al usar estímulos, calificaciones y datos normativos apropiados.

Además, Israel Cuéllar y sus colegas en la Universidad de Texas, Pan American, han demostrado la necesidad de normas separadas en un número de pruebas estándar, para reflejar el estado de aculturación. Estas normas para el estado de aculturación proveen una metodología alternativa para incrementar la utilización del Sistema Comprensivo de Exner con Hispanos en los Estados Unidos.

Teoría de la personalidad

El contexto de la teoría de personalidad utilizada en la interpretación debería reconocer el país de origen, el estado de aculturación, generaciones en los Estados Unidos y otras variables sociodemográficas. Una teoría hispana de la personalidad y datos empíricos para usar con las pruebas proyectivas aún están subdesarrolladas y limitadas principalmente a los mejicanos y a los mejicano-americanos (por ejemplo, Holtzman, Díaz-Guerrero & Swartz, 1975; Ramirez III, 1983). Esta literatura necesita ser expandida para la comprensión de los hispanos de otros países de origen.

Presentación al cliente de los hallazgos de personalidad

Históricamente, sólo unos pocos instructores han enseñado a sus alumnos a dar una retroalimentación relevante de los resultados de la evaluación (por ejemplo, Brodsky, 1972; Dana, 1975; Fischer, 1972; Harrower, 1956). El compartir los hallazgos de personalidad con los clientes es una forma poderosa de enriquecimiento (Dana, 1985) que actualmente es aceptada por muchos evaluadores y utilizada con fines terapéuticos (Finn, 1995). Este proceso de retroalimentación debería concordar con las expectativas culturales para la comunicación de los resultados de la evaluación (Dana, 1982).

La retroalimentación para los hispanos debe reconocer asuntos culturales, especialmente asuntos familiares que incluyen obligaciones y apoyo. Creencias concernientes a la salud y la enfermedad, los valores, los roles sexuales y las expectativas de comportamiento pueden diferir entre los miembros de una familia como resultado de la aculturación o el biculturalismo, así como de generación en generación. También se debería tomar en consideración a aquellas personas, además del cliente, quienes tengan que recibir retroalimentación. Debería decidirse acerca del uso del idioma español o no durante la retroalimentación, aunque las buenas maneras sociales arriba descritas son siempre necesarias.

DISCUSIÓN

Una necesidad social y política

Los Estados Unidos están cambiando rápidamente; de ser una sociedad monocultural han pasado a ser una sociedad multicultural. Durante aproximadamente diez años hemos experimentado un cambio social acelerado, con una creciente falta de voluntad de todos los grupos étnicos y raciales, para abdicar del poder de decidir en lo que afecta a su propio bienestar. Esta demanda de todos los grupos, de establecer las condiciones de sus propias vidas, se ha convertido en el grito de batalla de una revolución social (Sampson, 1993). Los hispano-americanos ya no quieren acomodarse a una fabricación anglo-americana de sus personalidades y psicopatologías.

Desearía poder decir que los psicólogos anglos han usado orientaciones durante su entrenamiento y prácticas respecto de las evaluaciones. Sin embargo, estas orientaciones tienen una base en la investigación y poseen aplicaciones en la evaluación (Geisinger, 1992) primordialmente ofrecidas por psicólogos hispanos (esto es, por Marin & Marin, 1991; Ponterotto & Casas, 1991; Rogler, Malgady & Rodriguez, 1991). En Mayo de 1995, un grupo nacional de trabajo comenzó a preparar orientaciones para el cuidado culturalmente competente de la salud mental de los hispanos (De Angelis, Julio de 1995). Como resultado, el uso de prácticas culturalmente especifi-

cas durante las evaluaciones con hispanos debería ocurrir mucho antes que para cualquier otro grupo étnico o racial.

Resistencia a las orientaciones

Hay dos obstáculos principales para los servicios culturalmente específicos en los Estados Unidos. En primer lugar, solamente hay un pequeño número de psicólogos profesionales que son bilingües. En segundo lugar, los servicios institucionales de salud mental no están interesados en las diferencias individuales.

Bilingüismo

Siempre que el psicólogo o el cliente usa un segundo idioma, unos servicios adecuados pueden no ser factibles o ser comprometidos por una expresión emocional marginal del cliente, y como resultado de actitudes estereotipadas por parte del psicólogo. Algunos significados sociopolíticos y personales difieren en español y en inglés. El cambiar de un idioma al otro ocurre frecuentemente para acentuar matices o para remarcar asuntos críticos y las «pantallas disociadas» proveen al psicólogo «una consciencia flotante de las luchas y significados históricos» que puede invocar reacciones contratransferenciales o «insight» (Ruth, 1988).

Ahora hay menos psicólogos hispanos que en 1980 debido a que hay más oportunidad de obtener un mejor salario en otras ocupaciones (De Angelis, Julio de 1995). Incluso las agencias o centros de servicios que atienden a la población hispana frecuentemente son incapaces de contratar personal bilingüe. Por ejemplo, yo evalué la competencia cultural de una agencia de servicios que tenía un gran prestigio en una gran comunidad mejicano-americana. ¡Esta agencia contrató a una psicóloga infantil anglo que no podía hablar una sola palabra en español! Esta psicóloga se quejaba de que los padres de los niños que ella examinaba no hablaban inglés y por lo tanto ella no era capaz de prestar sus servicios a los niños.

Manejo institucionalizado de la salud mental

Los servicios institucionalizados de salud mental en los Estados Unidos se proveen sin tener consciencia de, o interés en la diversidad cultural ni en las diferencias individuales existentes entre los pacientes (Dana, Conner & Allen, 1995, enviado para publicación). En el sector privado los seguros para problemas de salud mental rara vez cubren el proceso de evaluación. Los medicamentos, una sesión de educación en grupo, o varias sesiones individuales, pueden ser cubiertas por algunas políticas de salud. El intento es reducir los servicios disponibles a un pequeño número de vías utilizando los servicios y el personal menos

costosos, para un número limitado de psicopatologías descritas en el *DSM*.

Los servicios institucionalizados de salud mental en los Estados Unidos fueron una respuesta calculada y corporativa a la acumulación de riqueza por parte de los médicos. Estas corporaciones han politizado las cuestiones de la calidad de cuidados y la contención de costes, para justificar su descabellada repartición de ganancias.

Los servicios de salud mental se han convertido en una conveniencia, y una ética mercantilista está reemplazando la calidad de los cuidados y la integridad profesional. Como consecuencia, tanto los pacientes como los proveedores están sufriendo. Sin embargo, en una sociedad sometida a rápidos cambios sociales, la reforma política y nuevas avenidas de comunicación, permiten esperar que lo que existe hoy puede ser suplantado el día de mañana.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (4ta. ed.). Washington, DC: Autor.
- APA Office of Ethnic and Minority Affairs (1983). Orientaciones para proveedores de servicios psicológicos a poblaciones étnicas, lingüísticas y culturales diversas. *American Psychologist*, *48*, 45-48.
- BRODSKY, S. L. (1972). Shared results and open files with the client. *Professional Psychology*, *3*, 362-364.
- CERVANTES, R. C. & ARROYO, W. (1994). DSM-IV: Implications for Hispanic children and adolescents. *Hispanic Journal for Behavioral Sciences*, *12*, 76-82.
- COSTANTINO, G., MALGADY, R. G., CASULLO, M. M. & CASTILLO, A. (1991). Cross-cultural standardization of TEMAS in three Hispanic subcultures. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *13*, 48-62.
- COSTANTINO, G., MALGADY, R. G. & ROGLER, L. H. (1988). *TEMAS (Tell-Me-A-Story) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- CUELLAR, I. DANA, R. H. & GONZALEZ, G. (1995, enviado a publicación). Competent psychological assessment for Hispanics: A cultural formulation approach using DSM-IV. *American Psychologist*.
- DANA, R. H. (1955). Rorschach scorer reliability. *Journal of Clinical Psychology*, *11*, 401-403.
- DANA, R. H. (1966). Eisegesis and assessment. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, *30*, 215-222.
- DANA, R. H. (1968). Six constructs to define Rorschach M. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, *32*, 138-145.
- DANA, R. H. (1975). Ruminations on teaching projective assessment: An ideology, specific usages, teaching practices. *Journal of Personality Assessment*, *39*, 563-572.
- DANA, R. H. (1980). Receptivity to clinical assessment. In R. W. Woody (Ed.), *Encyclopedia of Clinical Assessment* (pp. 1042-1049). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- DANA, R. H. (1982). *A Human Science Model for Personality Assessment with Projective Techniques*. Springfield, IL: Thomas.
- DANA, R. H. (1984). Megatrends in personality assessment: Toward a human science psychology. *Journal of Personality Assessment*, *48*, 562-590.
- DANA, R. H. (1985). A service-delivery paradigm for personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 598-604.
- DANA, R. H. (1986). Personality assessment of native Americans. *Journal of Personality Assessment*, *50*, 480-500.
- DANA, R. H. (1992). Assessment of cultural orientation. *SPA Exchange*, *2*, (2), 14-15.
- DANA, R. H. (1993). *Multicultural Assessment Perspectives for Professional Psychology*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- DANA, R. H. (1995). Impact of the use of standard psychological assessment on the diagnosis and treatment of ethnic minorities. In J. F. Aponte, R. Y. Rivers & J. Wohl (Eds.), *Psychological Interventions and Cultural Diversity* (pp. 57-73). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- DANA, R. H. (1995, enviado a publicación). Measurement of acculturation and ethnic identity in Hispanic populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*.
- DANA, R. H. (en prensa). Culturally competent assessment practice in the United States. *Journal of Personality Assessment*.
- DANA, R. H., BOLTON, B. & WEST, V. (1983). Validation of eisegesis concepts in assessment reports using the 16PF: A training method with examples. *Third International 16PF Conference Proceedings*. Champaign, IL: IPAT.

- DANA, R. H., BONGE, D. & STAUFFACHER, R. (1981). Personality dimensions in Rorschach reports: An empirical synthesis. *Perceptual and Motor Skills*, 52, 711-715.
- DANA, R. H., CONNER, M. G. & ALLEN, J. (1995). Enviado a publicación). Cost-containment and quality in managed mental health care: Paradox without policy. *American Psychologist*.
- DANA, R. H. & FOULKE, H. (1979). Barnum statements in reports of psychological assessment. *Psychological Reports*, 44, 1215-1221.
- DANA, R. H. & GRAHAM, E. D. (1976). Feedback of client-relevant information and clinical practice. *Journal of Personality Assessment*, 40, 464-469.
- DANA, R. H., HANNIFIN, P., LANCASTER, C., LORE, W. & NELSON, D. (1963). Psychological reports in juvenile probation counseling. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 352-355.
- DANA, R. H. & LEECH, S. (1974). Existential assessment. *Journal of Personality Assessment*, 38, 428-435.
- DAVIS, C., HAUB, C. & WILLETTE, J. L. (1988). U.S. Hispanics: Changing the face of America. In E. Acosta-Belen & B. R. Sjostrom (Eds.), *The Hispanic Experience in the United States: Contemporary Issues and Perspectives* (pp. 3-55). New York: Praeger.
- DEANGELIS, T. (1995, July). Mental health care is elusive for Hispanics. *American Psychological Association Monitor*, p. 49.
- FINN, S. E. (1995). Using the TAT to explore denial. In Symposium conducted at the Society for Personality Assessment midwinter meeting, Atlanta, GA.
- FISCHER, C. T. (1972). Paradigm changes which allow sharing of results. *Professional Psychology*, 3, 364-369.
- GEISINGER, K. F. (Ed.) (1992). *Psychological Testing of Hispanics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- GRISWOLD, P. & DANA, R. H. (1970). Feedback and experience effects of psychological reports and predictions of behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 439-442.
- GUZMAN, L. P. (1993). Guidelines for treating ethnic minority clients. *The Independent Practitioner*, 13(1), 22-25.
- HARROWER, M. (1956). Projective counseling—a psychotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 10, 74-86.
- HOLTZMAN, W. H., DIAZ-GUERRERO, R. & SWARTZ, J. D. (1975). *Personality Development in Two Cultures: A Cross-Cultural Longitudinal Study of School Children in Mexico and the United States*. Austin TX: University of Texas Press.
- HOWARD, G. S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- KLOPFER, B. & BOYER, L. B. (1961). Notes on the personality structure of a North American shaman: Rorschach interpretation. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 25, 170-178.
- MARIN, G. & MARIN, B. V. (1991). *Research with Hispanic Populations*. Newbury Park, CA: Sage (Applied Social Science Research Methods Series, Vol. 23).
- MOSELEY, E. D. (1967). Multivariate comparisons for seven cultures: Argentina, Columbia (Bogotá), Columbia (Cartagena), Mexico, Panama, United States and Venezuela. In C. F. Hereford & L. Natalicio (Eds.), *Aportaciones de la Psicología a la Investigación Transcultural* (pp. 291-304). Mexico City: Trillas.
- PADILLA, A. M., LINDHOLM, K. J., CHEN, A., DURAN, R., HAKUTA, K., LAMBERT, W. & TUCKER, G. R. (1991). The English-only movement: Myths, reality, and implications for psychology. *American Psychologist*, 46, 120-130.
- PONTEROTTO, J. G. & CASAS, J. M. (1991). *Handbook of Racial/Ethnic Minority Counseling Research*. Springfield, IL: Thomas.

- PREDIGER, D. J. (Ed.) (1993, March). *Multicultural Assessment Standards: A Compilation for Counselors*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- RAMIREZ III, M. (1983). *Psychology of the Americas: Mestizo Perspectives on Personality and Mental Health*. New York: Pergamon Press.
- ROGLER, L. H., MALGADY, R. G. & RODRIGUEZ, O. (1991). *Hispanics and Mental Health: A Framework*. Malabar, FL: Krieger.
- RUTH, R. (1988). Being a bilingual therapist. In J. W. Berry & R. C. Annis (Eds.), *Ethnic Psychology: Research and Practice with Immigrants, Refugees, Native Peoples, Ethnic Groups and Sojourners* (Pp. 315-322). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- SAMPSON, E. E. (1988). The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist*, 43, 15-22.
- SAMPSON, E. E. (1993). Identity politics: Challenges to psychology's understanding. *American Psychologist*, 48, 1219-1230.
- SUE, D. W. (1991). A conceptual model for cultural diversity. *Journal of Counseling and Development*, 70,99-105.
- TOMKINS, S. S. (1947). *The Thematic Apperception Test*. New York: Grune & Stratton.
- TRIANDIS, H. C., MARIN, G., LISANSKY, J. & BETANCOURT, C. (1984). Simpatia as a cultural script of Hispanics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1363-1375.
- VOIGT, W. & DANA, R. H. (1964). Inter- and intra-scorer Rorschach reliability. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 28, 92-95.

Richard Dana
P.O. Box 751
Portland, Oregon 97207-0751
EEUU

Notas y noticias

La noticia importante que se ha producido desde el último número es la renovación de la Junta de la S.E.R.Y.M.P. La nueva junta está compuesta por:

Presidente:	Pere Barbosa Colomer
Vice-Presidentes:	Pilar Ortiz Quintana Juana M. ^a Maganto Mateo
Secretaría:	Rosa Royo Esqués
Tesorera:	Josefina Minobis Domènech
Vocales:	Marina Bueno Belloch Jordi Bachs Comas Anna M. ^a Tuset Bertran

y fue ratificada en la Asamblea Ordinaria Anual durante la celebración del XIII Congreso Nacional en Barcelona, organizado por la Sociedad Catalana del Rorschach y Métodos Proyectivos, la S.C.R.Y.M.P., con la inestimable colaboración del Comité Organizador (Pere Barbosa, Vera Campo y Nancy Vilar) que estuvo trabajando furiosamente para una buena organización del Congreso que esperamos todo el mundo pudo apreciar y loar. Y en particular la labor del Comité Científico integrado por los moderadores de los respectivos temas: Pedro Perez, Ana M.^a Tuset, Juana M.^a Maganto y Montserrat Ros.

Las actividades de la Sociedad Catalana más importantes se han centrado en las sesiones científicas de los Miércoles. Se trataron una serie de temas interesantes, todos en forma de Mesas Redondas, a menudo con colegas invitados, que versaron sobre «El diagnóstico previo al tratamiento ¿ventaja o inconveniente?», «Acerca de las teorías y los modelos de intervención en la escuela», «Usos y abusos del diagnóstico infantil» y «El diagnóstico clínico en relación a la geografía de la mente».

Además nos visitó «El Maestro» que como siempre nos deleitó con su genio, en un Exner Workshop Clínico sobre diagnóstico diferencial, breve pero intenso y muy concurrido. Así las generaciones más jóvenes pudieron compartir con los más «viejos» la experiencia de verlo trabajar en carne y hueso.

Los británicos (British Society for Projective Psychology) dedicaron sus tres últimas reuniones (Noviembre 1994, Marzo y Junio 1995) a temas tales como «El test de los cuentos de hadas (para niños de 8 a 12 años)», «La sociedad y el mundo interno», y «La comunicación a través de imágenes y símbolos».

Por su parte los colegas franceses (Société Française du Rorschach)

dedicaron su reunión a «La psicología y los enfermos somáticos» (sida, miastenia, asma, cancer de pecho, discapacidades físicas graves, epilepsia, migraña, síndrome de Raynaud y déficit de sublimación). ¡Parece mentira cuántos temas se siguen estudiando y cuántos quedan por estudiar o re-estudiar con el Rorschach, el TAT y otras técnicas proyectivas! En Noviembre esta activa Sociedad se reunió en Lyon con el tema «El método proyectivo en la psicopatología del niño» con trabajos teóricos, clínicos y de investigación, con referencia al Rorschach, Scéno test, Pata Negra, CAT y TAT, tests gráficos, etc.

Como de costumbre, los norteamericanos (Society of Personality Assessment) tuvieron otra reunión monstruo para su programa invernal (con cinco workshops previos) y muchísimos temas de los cuales sólo enumeraré algunos: neuropsicología y personalidad, MMPI-2, evaluación y salud, funcionamiento psicológico de nivel superior, psicoterapia y Rorschach, planeamiento de tratamientos, etc., etc., etc. A juzgar por estas reuniones el próximo Congreso Internacional será el Yeti de los Yetis en cuanto a tamaño y concurrencia...

También en Sudamérica la actividad ha sido vertiginosa: Congreso Latinoamericano de Rorschach en Quito, Ecuador, cuyo tema central fue «Psicología proyectiva aplicada al campo clínico, educativo, industrial y forense» -o sea, a todo-, con mesas redondas, conferencias y talleres. Asimismo tuvo lugar el Segundo Congreso de Rorschach en la Universidad con el sugerente tema: «La sublimación en el Rorschach: un enigma a descifrar» (¡ya lo creo!). Se celebraron también las IX Jornadas Nacionales de Psicodiagnóstico con el tema: «Desafíos al psicodiagnóstico. Complejidad, diversidad e indeterminación».

No sé si sentirme envidiosa, abrumada o simplemente anonadada por la capacidad de trabajo y aparente facilidad para escribir de todos estos colegas alrededor del mundo...¿Nos deberíamos tomar un ejemplo, o tirar la toalla por ahora, o entusiasmarnos o desesperarnos? Recuerdo que hace algunos años las reuniones de nuestra Sociedad eran anuales hasta que la mayoría decidió que era demasiado trabajo...

A petición del C.I.S.C. queríamos informar a nuestros lectores la existencia de la base de datos ISOC que este centro realiza. Nuestra Revista figura en esta base de datos que es accesible en línea 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 libros

Essai sur la convergence des techniques dans l'examen psychologique. (Rorschach, TAT et Wechsler d'adultes psychotiques à faible efficacité intellectuelle). Odile Husain-Zubair (1992). Lausanne: Editions Payot.

Aunque con algun retraso, esta tesis doctoral merece por lo menos un breve comentario, no sólo porque enfoca una problemática interesante -las secuelas de la psicosis infantil-, sino también, y sobre todo, porque lo hace en base a la integración de tres pruebas tan a menudo utilizadas en el diagnóstico -aunque en nuestro medio tal vez sea más frecuente el TRO que el TAT- desde un punto de vista proyectivo y psicoanalítico y dando especial importancia al análisis del discurso, según uso del grupo suizo de psicólogos clínicos y rorschachistas (Rossel, Merceron, Husain y Ponce).

Epreuves thematiques en clinique infantile, approche psychanalytique. Monika Boekholt (1993). Paris: Dunod.

Aunque también con retraso, vale la pena mencionar esta obra, dado que muy pocos libros se publican desde este punto de vista sobre las pruebas temáticas en niños (Scéno-test, CAT y Pata Negra), consideradas como complementarias del Rorschach en cualquier evaluación psicológica. El interés de la obra reside en la posibilidad de observar la técnica de administración e interpretación aplicadas a estas tres pruebas, con una metodología muy minuciosa y su ilustración con tres casos. Para los que leen francés y utilizan estos tests parece un libro de lectura obligada.

Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. M. E. García Arzeno (1993). Buenos Aires: Nueva Visión.

Siempre con atraso, esta nueva contribución al campo del psicodiagnóstico sin duda despierta el interés de los amantes de *Las técnicas proyectivas y el proceso diagnóstico* (1974) de Siquier, Grassano y esta misma autora, ya que actualiza y agrega nueva información al utilísimo trabajo iniciado hace más de 20 años.

Estudios clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos. V. Campo (1995). Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer, Paidós.

Como es lógico no puedo opinar sobre esta obra, recientemente presentada en nuestro XIII Congreso Nacional. Lo dejo en manos de los lectores.

Revista de revistas

En el *British Journal of Projective Psychology*, desde hace unos años eficiente y sabiamente editado por Zahid Mahmood que por desgracia ahora se retira, Volumen 39, 2, los dos artículos de mayor interés son una revisión de la personalidad múltiple con el Rorschach de A. O. Battle y otro que presenta una escala de defensas en el TRO con un enfoque psicoanalítico, cuya autora, A. Lis y colab., hace tiempo que publica y presenta trabajos en el área de las relaciones objetales. Y en el Volumen 40, 1, aparecen 6 artículos que abarcan el Z-test, el Hand Test (muy utilizado en Inglaterra), un interesante trabajo acerca de la grafología, el Rorschach y el impacto del trauma en niños, etc.

Los boletines de la Sociedad Francesa, números 36, 37 y 38, tratan de tres grandes temas: el primero está dedicado a la depresión con nueve trabajos (Rorschach y TAT) y dos artículos teóricos; el segundo a la adolescencia con 12 trabajos que incluyen temas de anorexia-bulimia, la esquizofrenia y el narcisismo; y el tercero, homenaje a M. Timsit, recoge varios comentarios de sus trabajos y otros sobre temas diversos.

En cuanto al *Journal of Personality Assessment*, Volúmenes 63, 2, 64, 1, 2 y 3, y 65, 1, ocurre nuevamente lo ya señalado en el No. 7 de esta nuestra Revista, es decir, muchos, muchísimos trabajos y trabajitos (esencialmente sobre el MMPI y las más diversas escalas), con una sola referencia al Rorschach, vinculado al MMPI en el primero, y también uno solo en el segundo pero interesante: se trata de un seguimiento a 5 años sobre la estabilidad temporal del EII (W. Perry y colab.) o sea, del Índice de Deterioro del Yo -de paso, el joven y algo tímido profesor que dio una interesante conferencia hace pocos años en Barcelona se está convirtiendo en un digno y muy activo heredero del «Maestro» (Exner)- que resultó ser muy significativamente estable en pacientes melancólicos. En el tercero Perry sigue escribiendo sobre anfetaminas y Rorschach en sujetos normales, una investigación para saber si el uso agudo de las anfetaminas altera la cognición como en los estados de ansiedad o crea trastornos del pensamiento como en los estados psicóticos. Se observó que efectivamente *m* e *Y* aumentaron, reforzando el significado habitual que tienen estos determinantes como medidas de situaciones de estrés, en este caso determinado por las anfetaminas. El otro trabajo de interés trata de veteranos de la guerra del Golfo con desorden de estrés post-traumático estudiados con el Rorschach.

El último número del Volumen 64 es más rico en información: E. Aronow y colaboradores -campeones del análisis del contenido en el Rorschach- escriben sobre «El Rorschach: Técnica proyectiva o test

psicométrico», artículo ácidamente criticado por B. Ritzler que acusa a los autores de colocar todos sus huevos en una sola cesta, la del contenido. M. Acklin, otro maestro del Psicodiagnóstico, también interviene en la discusión: «Evitando las dicotomías Rorschach: Integrando la interpretación Rorschach». Su punto de vista, menos agrio que el de Ritzler, defiende el Sistema Comprehensivo por haber traído orden al campo del Rorschach y que además permite, siguiendo el estilo de Schafer o el que presentan Gacono y Meloy en su reciente libro sobre la personalidad psicopática, la integración de datos perceptuales y conceptuales. A estos dos artículos los autores contestan con el argumento de que se debe colocar, *con cuidado*, *más* huevos en esa cesta de los contenidos.

Además, en este último volumen aparece un trabajo sobre las experiencias, intereses y actitudes de estudiantes graduados respecto del aprendizaje del Rorschach (Hilsenroth y Handler). Este trabajo me reconforta y confirma en mi doble papel de profesora de Rorschach y Directora de Estudios de la Escuela de Rorschach de Barcelona que la enseñanza se halla bien organizada, dado que exige la formación en psicología y psicopatología dinámicas, incluye material de otros autores, además de Exner, dura dos años en el Postgrado auspiciado por la Universidad Ramon Llull conjuntamente con la Sociedad Catalana, ofrece prácticas, exige bastantes protocolos y ofrece un tercer curso en diagnóstico clínico que puede ser seguido por el Rorschach infantil o forense o ser reemplazado por la opción selección de personal.

Finalmente, un solo artículo sobre el Rorschach, teórico y de investigación, en el Volumen 65, 1, de P. M. Lerner y Y. Van-Der Keshet acerca de la idealización.

Y una última consideración: a juzgar por los EEUU y este Journal, el Rorschach ocuparía la primera plaza en la publicación referente a «tests proyectivos» -que siguen estando en discusión permanente-; de vez en cuando se publica algo sobre el TAT y nada sobre las técnicas gráficas, aún cuando es sabido que en la práctica clínica las técnicas gráficas se siguen empleando con gran frecuencia y utilidad...

Extracto



«El contenido de las interpretaciones puede ser central para establecer una base para el tratamiento de pacientes paranoides, obsesivo-compulsivos y deprimidos *introyectivos*, pero para los deprimidos *anaclíticos* infantiles e histéricos el tono y la calidad de la relación terapéutica podría ser, inicialmente, de importancia primordial» (p. 155, *Assessment of therapeutic change*, de Blatt y colab., en *Psychoanalytic Psychology*, 5 (2), 1988. A pesar de que esta cita se refiere a la terapia, su contenido, derivado de un estudio con el Rorschach, me pareció particularmente seductor...

Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

La Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos (SERYMP) se propone fomentar el estudio científico y la investigación en el campo de la evaluación psicológica en general, y del Rorschach y métodos projectivos en particular, desde el punto de vista teórico, metodológico y aplicado.

FUNCIONES. Las principales funciones de la SERYMP son: favorecer el intercambio de ideas y trabajos entre los estudiosos de estos temas; establecer colaboraciones y convenios con instituciones afines en España y en el extranjero; organizar cada dos años un congreso de ámbito estatal; organizar cursos de formación, seminarios, conferencias y coloquios de ámbito regional; estimular la investigación científica; velar por el cumplimiento de las normas deontológicas de la Sociedad y por el nivel científico de todas sus actividades.

MIEMBROS DE LA SOCIEDAD. La Sociedad está constituida por miembros ordinarios y titulares.

Son miembros ordinarios las personas que, teniendo una formación universitaria, acrediten su formación y/o experiencia en el campo de los métodos projectivos y participen en las actividades de la sociedad. Presentarán su solicitud de admisión a la Comisión Ordinaria encargada de las tareas de recepción de nuevos socios y de aplicar la normativa sobre esta cuestión.

Son miembros titulares los miembros ordinarios con 2 años de antigüedad que hayan ejercido una actividad profesional docente, investigadora o aplicada en el campo de los métodos projectivos. Esta titularidad deberá ser reconocida por la mencionada Comisión, previa solicitud del miembro ordinario.

GOBIERNO DE LA SERYMP. La Asamblea General, formada por todos los miembros, titulares y ordinarios, es el órgano soberano y de máxima representación de la Sociedad. La Junta de Gobierno, cuya competencia más importante es velar por el cumplimiento de los Estatutos de la Sociedad y realizar la gestión económica y administrativa de la misma, es el órgano ordinario de gestión de la SERYMP.

ADMISIÓN DE MIEMBROS. Las personas que desean formar parte de la SERYMP deben cumplimentar el formulario de solicitud de ingreso, que se adjunta en esta revista, y mandarlo a la Comisión de Admisión acompañándolo de un Curriculum Vitae. A continuación, mantendrán una entrevista

de presentación con un miembro de dicha Comisión, quien les informará de sus futuros derechos y deberes. La decisión razonada sobre el resultado de la solicitud será tomada por unanimidad de la Comisión y comunicada por escrito al solicitante.

SECRETARÍA DE LA SERYMP. Para cualquier información sobre la Sociedad, las personas interesadas pueden dirigirse por escrito a la Secretaría de la SERYMP, Passatge Marimon, n.º 7, principal 2ª, 08021 Barcelona, o por teléfono, de lunes a viernes, de 17 a 21h., llamando al n.º 209 19 22 de dicha secretaría.

Pasaje Marimón, 7, pral., 2ª

08021 Barcelona

■ S · E · R · Y · M · P ■