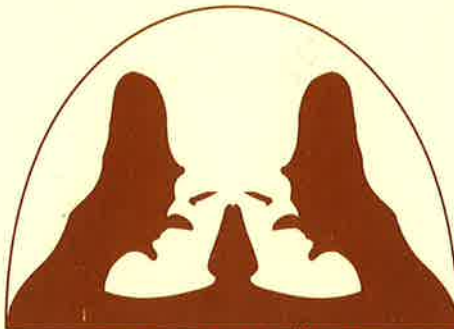


2002 - Número 15

REVISTA DE LA SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DEL RORSCHACH Y  
MÉTODOS PROYECTIVOS

15



S · E · R · Y · M · P

# Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

---

(Fundada en 1988 por la Dra. Vera Campo)

Esta revista es la publicación oficial de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos con sede en Passatge Miramón, 7, pral., 2ª, 08021 Barcelona.

El objetivo principal de la Revista es: ***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*** (art.6 de los Estatutos de la Sociedad).

EDITOR: **Joaquim Corral**

CONSEJO DE REDACCIÓN: **Marina Bueno** **Pilar Ortiz**  
**Pedro Pérez** **Violeta Pérez**  
**Cristina Ribera** **Francesc M. Rovira**  
**Rosa Mª Royo**

REDACCIÓN (Recepción de originales y correspondencia con el Editor):

S.E.R.Y.M.P. - Passatge Marimón, 7, pral., 2ª - 08021 BARCELONA

SUSCRIPCIONES:

España: 10 euros (salvo números extraordinarios)

Números atrasados: 10 euros

Extranjero: 22\$ (salvo números extraordinarios)

Números atrasados: 22\$

La Revista se publicará anualmente y se distribuirá gratuitamente a todos los miembros de la SERYMP.

© S.E.R.Y.M.P.

Dep. Legal: B. 33971 - 1999

ISSN: 1130-4561

Imprime:

PrinCenter

Pau Claris, 180 - 08037 Barcelona

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

- Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos
- Societat Catalana del Rorschach i Mètodes Projectius

Apellidos y nombre .....

Domicilio .....

D.P. / Ciudad .....

Teléfono .....

Titulación / Año .....

Actividad Profesional .....

Banco o Caja .....

Nº de c/c .....

Firma:

Por favor, remítalo a:  
**Comisión de Admisión de la**  
**Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos**  
Ptge. Marimón, 7, pral. 2ª - 08021 Barcelona

Nota: Los socios de la Societat Catalana lo son también sin mayores requerimientos de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos.



## SUBSCRIPCIÓN A LA REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL RORSCHACH Y MÉTODOS PROYECTIVOS

Apellidos y nombre .....

Domicilio .....

D.P. / Ciudad .....

Teléfono .....

Titulación / Año .....

Actividad Profesional .....

Banco o Caja .....

Nº de c/c .....

Firma:

Por favor, remítalo a:  
**Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos**  
Ptge. Marimón, 7, pral. 2ª - 08021 Barcelona







## ÍNDICE GENERAL

EDITORIAL .....	3
LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS AL SERVICIO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO. ESTUDIO DE CASO <i>E. Ballús y J. Bachs</i> .....	5
LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO COMO <i>ACTING</i> A TRAVÉS DEL RORSCHACH <i>S. Pacheco</i> .....	23
LA FRONTERA ENTRE LO PSÍQUICO Y LO GENÉTICO: DOS CASOS DE GEMELAS MONOCIGÓTICAS <i>A. Tamayo y M. L. Plumed</i> .....	47
CASO FÍSICO O PSÍQUICO: TEST Y RETEST <i>C. Liberal</i> .....	61
EL ÍNDICE DEL DESNUDO EN LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS GRÁFICAS EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL <i>J. De Felipe y P. Ortiz</i> .....	69
ENTENDER EL RORSCHACH <i>J. Fúster</i> .....	93
EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TÉCNICAS PROYECTIVAS EN UN CASO DE ABUSO SEXUAL <i>T. Pont</i> .....	109
PERCEPCIÓN Y PENSAMIENTO. SCZI VS. PTI <i>P. Pérez, N. Briones, M. L. Plumed y A. Tamayo</i> .....	139
REVISTA DE REVISTAS .....	151
REVISTA DE LIBROS .....	155





## EDITORIAL

Atrás quedó la época en que el Prof. Jordi Bachs dirigía la Revista de la SERYMP. Durante varios años se encargó personalmente de escoger los trabajos que se iban a publicar de acuerdo al interés del contenido. Mantenía contactos con los autores y discutía con ellos las correcciones que algunas veces se hacía necesario introducir, como si se tratara de un verdadero corrector de estilo; traducía y revisaba las traducciones de otros con el rigor propio de un lingüista y, finalmente, leía una y otra vez las galeradas que le iba proporcionando después de cada una de las modificaciones que exigía la maquetación, como si su paciencia no tuviera límites. Sería exagerado decir que no se le escapaba ningún detalle, pero la realidad es que bien pocos.

Durante todo ese tiempo me convertí en el secretario de redacción, un cargo muy alto para tan discretas funciones. Mi misión consistió en maquetar la Revista, introducir las correcciones que él iba señalando con su puño y letra, dar mi opinión sobre la calidad o el interés de algún trabajo y, finalmente, supervisar la impresión. Era, con pocas diferencias, lo mismo que había hecho en la edición de otras tantas pequeñas publicaciones, movido por el interés que despierta en mí, desde niño, el mundo editorial.

Sin embargo, lo que más útil me hacía sentir era que apreciara mi limitada colaboración como un estímulo de trabajo, en momentos en que se veía abrumado y solo frente a tan ingente labor.

Además de agradecerle su enseñanza en esta y otras tareas, que viene desde los años 70, quiero agradecerle también el impulso renovador que le ha dado a la Revista, y desearle un largo disfrute del merecido retiro.

En cuanto al futuro de nuestra Revista, qué duda cabe que el primer objetivo ha de ser recuperar la periodicidad que tenía. No es una tarea fácil, ya que la Revista de la SERYMP se confecciona gracias al esfuerzo personal y extralaboral de todos los miembros del Consejo de Redacción. Hemos ampliado el número de integrantes para que la misión de seleccionar trabajos esté más repartida y no sea una carga excesiva para nadie; pero, aún así, la tarea de maquetación y revisión de galeradas sigue siendo abrumadora.

El segundo objetivo es ampliar la difusión de la Revista, aumentando su presencia entre los distintos colectivos que conforman la comunidad científica y mejorando su financiación con la captación de nuevos suscriptores. Por el momento hemos conseguido estar en las bibliotecas universitarias de las más importantes universidades del país. Nos queda, por tanto, bastante por hacer.

Y finalmente, y como tercer objetivo, nos proponemos mantener, y si cabe mejorar, el nivel científico y la cualificada edición que hasta ahora ha conseguido la Revista.

En el presente número ofrecemos una selección de los trabajos expuestos en el XV Congreso de la SERYMP, celebrado en Tarragona los días 26 al 28 de octubre de 2001. Son trabajos representativos de las distintas mesas en que se dividió el Congreso: clínica infantil, psicología forense, evaluación y pronóstico, y temas libres. Algunos hacen referencia a poblaciones muy específicas y otros son de alcance más general, pero sin duda todos ellos despiertan el interés epistemofílico del psicodiagnosticador.

En el próximo número, que ya está en preparación, ofreceremos, entre otros, un trabajo procedente de un país al que se ha relacionado con la violencia que sufrimos en todo el mundo y que está centrado en los aspectos de una determinada personalidad agresiva. No deja de ser esperanzador que, entre tanta violencia, siga habiendo espacio mental para la investigación, la lectura y el pensamiento.

Hasta nuestro próximo número, nos despedimos animándoos a disfrutar de estas tres facetas, para lo cual esperamos que os sean sugerentes los artículos que vienen a continuación.

Joaquim Corral, editor

## **LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS AL SERVICIO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO. ESTUDIO DE CASO**

*Elisabeth Ballús y Jordi Bachs*

### **RESUMEN**

Este trabajo fue objeto de una comunicación presentada en el XV Congreso de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos, que se celebró en Tarragona los días 26, 27 y 28 de Octubre de 2001. En él, ponemos de manifiesto, mediante el análisis de un caso clínico con metodología proyectiva (Tests Gráficos y Test Pata Negra) y desde una psicología centrada en el sujeto, la conveniencia de complementar un diagnóstico sintomático con una exploración psicodiagnóstica.

### **ABSTRACT**

This work was the object matter of a paper displayed on the occasion of the XV Congress of the Spanish Society of Rorschach and Projective Methods, held in Tarragona, October 2001. By means of a clinical case explored with projective tests (Graphic tests and Blackleg Test) and from a psychological approach centred on the subject, the usefulness of complement a symptomatic diagnosis with a psychodiagnostic exploration.

### **ESTUDIO DE CASO**

Se trata de un chico de 18 años, al que llamaremos Hans, que fue diagnosticado en una ciudad europea según el DSM IV, 299.80, de

«Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado (incluyendo autismo atípico)» y que ha seguido tratamiento farmacológico desde los 14 años. Debido a una difícil situación de convivencia familiar, el chico, de acuerdo con sus padres, decide ir a pasar una temporada a Barcelona con unos tíos suyos. Ello propicia un nuevo diagnóstico psicológico, en el que se utilizan técnicas proyectivas.

## Anamnesis

Hijo mayor de una familia compuesta por padre europeo, madre catalana y dos hermanas de 12 y 9 años. Fruto de un parto múltiple, nació a los seis meses de gestación con un peso de 1,75 Kg. Tuvo que permanecer ingresado los primeros cinco meses de vida. Su hermana gemela nació muerta y la madre culpó de esta muerte a su hijo.

Su desarrollo físico, durante los primeros años, fue muy costoso. Sufrió todo tipo de enfermedades: ataque epiléptico (el mismo día en que nació); derrame cerebral periférico; hernia; estenosis traqueal, que le provocaba dificultades de respiración (a los 2 años estuvo once veces internado por ello) y de alimentación (le costaba mucho tomarse un biberón –tardaba hora y media aproximadamente–).

Su desarrollo general se ha visto afectado, sufriendo retrasos importantes en todos los ámbitos. A nivel motriz, no supo andar hasta los 22 meses, no tuvo control de esfínteres hasta los 4 años y empezó también a hablar más tarde de lo normal. De esta época la madre especifica: *“Es un niño que no ha llorado casi nunca. Nunca ha extrañado”*.

De las entrevistas realizadas deducimos que la dificultad de los padres en la aceptación de su hijo produce en Hans un posible déficit a nivel emocional. Parece, pues, que el inicio de la existencia de Hans viene marcado por un fallo en el establecimiento del vínculo madre-hijo, al no encontrar el niño un lugar en los referentes parentales.

## 1ª exploración psicológica

El diagnóstico se realiza en una ciudad europea, en un Centro de niños autistas.

- Edad del chico: 14 años
- Pruebas aplicadas:
  1. Cuestionario HBS (Schedule for Handicaps, Behaviors and Skills)

2. WISC-R
3. Test de Completar frases y dibujos
4. Entrevista con los padres

## Resultados

- El chico muestra problemas de contacto ocular.
- El desarrollo del habla ha sido tardío.
- WISC-R: CI escala total 120. Destaca el resultado alto en el subtest de aritmética.
- Entrevista padres: en casa muestra un comportamiento variable, tanto puede pedir de forma negativa mucha atención, como puede ser cooperativo. Es sensible a los conflictos entre sus padres. Tiene problemas de comportamiento en la escuela.

## Diagnóstico

“Trastorno generalizado del desarrollo no especificado, incluyendo autismo atípico” (DSM IV, 299.80).

Se recomienda que se escolarice en una escuela especial.

Se receta medicación con tranquilizantes.

Sobre esta breve referencia al primer diagnóstico, queremos resaltar que se extrapolan algunos datos de la anamnesis, como el desarrollo del lenguaje, con connotaciones negativas. Creemos, además, que ese tipo de diagnóstico da una visión parcial del sujeto, al centrarse únicamente en el comportamiento manifiesto y observable.

Es importante resaltar las consecuencias negativas que dicho diagnóstico comporta para el chico. El hecho de partir de su sintomatología y de sus déficits, puede implicar que sea tratado como deficiente, a pesar de tener un CI normal/alto.

## 2ª exploración psicológica

- Edad del chico: 18 años
- Pruebas aplicadas:
  1. Entrevistas con Hans y diversos familiares
  2. WAIS
  3. Gráficos: HTP y Test del dibujo del Animal
  4. Test PN

## Resultados

### **Entrevistas**

*1ª entrevista (tíos y abuela materna).* Se explicita el motivo de consulta: su sobrino vivirá con ellos una temporada y consideran necesario que el chico cuente con apoyo psicológico. Se acuerda realizar un diagnóstico.

*2ª entrevista (con el chico).* Presenta la apariencia de una persona deficiente. Manifiesta un comportamiento normal. Mantiene y busca el contacto ocular. Inicialmente, se muestra receloso en la relación con el adulto, pero al poco rato se hace receptivo. Establece pautas de relación infantil. Ejemplo de algunas verbalizaciones significativas: *"Las pastillas no me hacen nada. Me las dan porque dicen que les molesto. A mí, casi nada me molesta. Algún día también te molestaré a tí"*.

*3ª entrevista (madre e hijo).* El primer contacto con la madre se realiza sin previo aviso. Ella se presenta un día en la sesión de su hijo, sin avisar y con una actitud un tanto desafiante e invasora. Al entrar, deja encima de la mesa un pliego de informes sobre Hans en los que se explica y argumenta el autismo que presuntamente padece el chico.

Desde el primer momento, la madre excluye a su hijo de la conversación, habla como si él no estuviera presente, lo ignora. Simultáneamente, Hans coge uno de los informes y se tapa el rostro. Intento incluirle en la conversación, pero no reacciona ni contesta a mi solicitud. Se invita a la madre a abandonar la sesión y se le cita para otro día a solas. Al quedarnos solos, se le pregunta al chico su opinión respecto al diagnóstico que se hace de él en los informes. Su respuesta es sorprendente: *"Yo sólo sé que soy una persona"*.

*4ª entrevista (madre y tía).* La actitud de la madre es muy distinta. Se muestra más confiada y menos recelosa. Empieza a aportar datos de la anamnesis, pero de manera fría y distante. Poco después rompe a llorar y verbaliza: *"Hasta hace muy poco, un par de años aproximadamente, yo no he aceptado a mi hijo. La niña nació muerta. En este embarazo sentí como si me faltara algo. Realmente el segundo embarazo fue como si fuera el primero. Es decir, como si nunca hubiera tenido un hijo"*.

## Resultados del WAIS

- C.I. Escala Verbal = 114
- C.I. Escala Manipulativa = 129
- C.I. Escala Total = 125

El test se pasa en castellano. El perfil que obtiene oscila entre la media alta y el superior a la media. Obtiene puntajes muy altos en aritmética, cubos y rompecabezas. Destacaríamos las puntuaciones normales/altas que ha obtenido en los subtests de Comprensión y Historietas (10 y 14 respectivamente). Estos dos subtests ponen de manifiesto la comprensión y conocimiento del comportamiento social aceptable por parte del sujeto. Dichas puntuaciones deberían haberse visto afectadas en el caso de tratarse de un chico con el diagnóstico 299.80 relacionado con el autismo antes mencionado.

## Gráficos

### 1. HTP

#### *Impresión gúestáltica*

De los cuatro dibujos realizados (dibujos 1, 2, 3 y 4), la impresión gúestáltica es de gran pobreza y falta de elaboración, no acorde con un chico de 18 años y con buen nivel intelectual. También reflejan impulsividad y falta de control. Destacan las formas bizarras que realiza de la figura humana, en especial la de sexo masculino.

#### *Análisis formal*

*Secuencia:* difiere el tamaño/emplazamiento y tratamiento gráfico del primer dibujo, la casa, respecto a los demás. El trazo es débil e inseguro, indicando la debilidad yoica y la ansiedad que le ha causado la prueba, además de recurrir a un emplazamiento que evidencia regresión e introversión.

*Emplazamiento:* los aspectos convergentes observables en todos los dibujos son los de ausencia de base, como indicador de sentimientos de inseguridad, y la ubicación de todos ellos en la parte superior de la hoja, circunstancia que nos remitirá a un predominio del área de la fantasía por parte del sujeto.

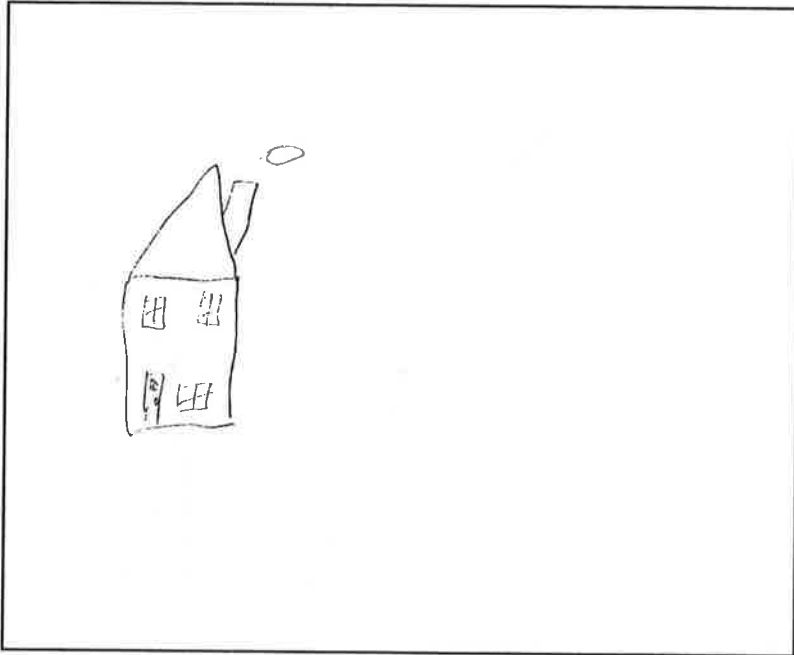
*Tamaño:* realiza figuras pequeñas, a excepción del árbol, que denotan sentimientos de inadecuación y tendencia al retraimiento.

**Tamaño:** realiza figuras pequeñas, a excepción del árbol, que denotan sentimientos de inadecuación y tendencia al retraimiento.

**Simetría:** los fallos en la simetría de los dibujos de ambas personas revelan inadecuación emocional.

### *Análisis de Contenido*

**Casa (dibujo 1):** puerta muy pequeña y varias ventanas, pero todas ellas con barrotes, indicando la reticencia y dificultad en establecer relaciones sociales. Especial incidencia en el tamaño del techo, área de la fantasía.

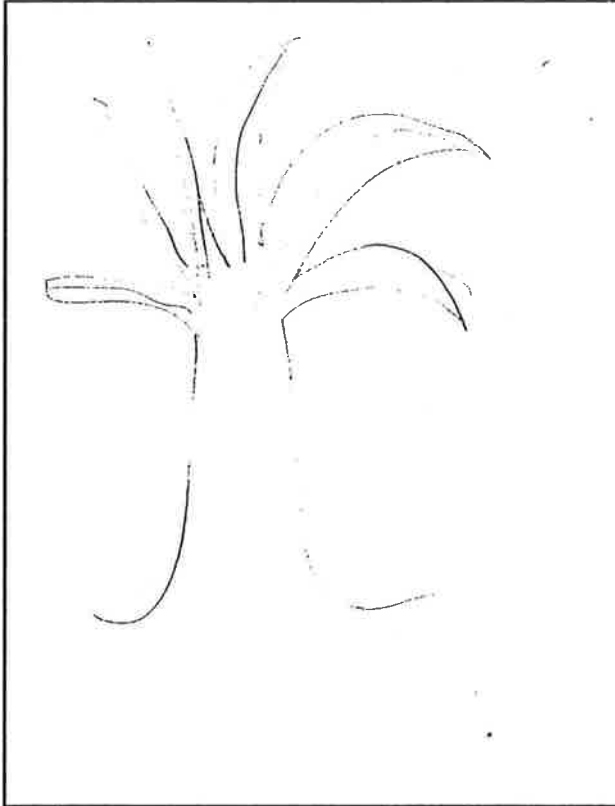


*Dibujo 1*

**Árbol (dibujo 2):** el tronco abierto indica dificultad en el control de los impulsos, poca capacidad de contención. Las ramas orientadas principalmente hacia arriba y acabadas en punta señalan la falta de

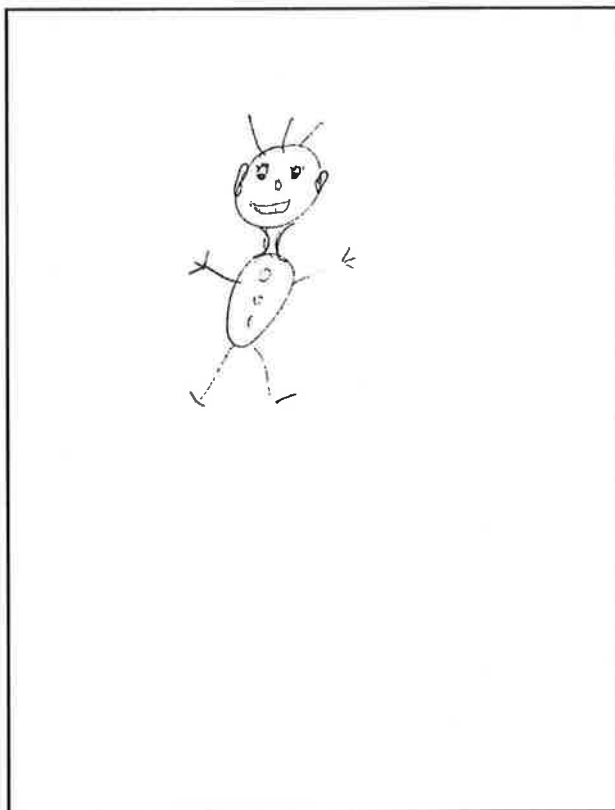


recursos para interactuar con el medio y sus sentimientos de hostilidad hacia él.



*Dibujo 2*

*1ª persona (figura masculina, dibujo 3):* figura grotesca que expresa un autoconcepto muy desvalorizado, así como sentimientos de rechazo e inadaptación. Cuello muy destacado y reforzado, posible indicador del daño orgánico sufrido y de la dificultad de controlar los impulsos corporales. Cabeza grande, con mayor elaboración que el resto del cuerpo, señala una preocupación intelectual. Brazos unidimensionales, muy poco elaborados, podrían indicar la falta de recursos para interactuar. Rasgos de indiferenciación sexual y de agresividad oral. Personalidad dependiente e infantil.



*Dibujo 3*

*2ª persona (figura femenina, dibujo 4):* figura algo más elaborada, de líneas puntiagudas que expresan cierta agresividad. Se remarca también la zona de la cabeza. Indiferenciación sexual y agresividad oral. Dependencia.

#### *Verbalizaciones*

Muy escuetas en todos los dibujos. Extraemos fragmentos referidos a la 1ª persona dibujada (figura masculina, dibujo 3): *"Es un chico de 22 años que vive solo. No sé si tiene familia. Es simpático y pesado. Bueno pesado no, es buena persona y parece que no le gusta estar solo. Primero vivía con su familia, después tiene mucho dinero. Igual se ha casado. Y se muere".*



Dibujo 4

### **Conclusiones generales**

Se trata de un chico que presenta las siguientes características:

- a) Mucha inseguridad y un autoconcepto muy negativo. Sentimientos de inadaptación.
- b) Dificultad en establecer relaciones con el medio y pocos recursos para interactuar, hecho que provoca hostilidad hacia él y refugio en la fantasía.
- c) Desarrollo de la personalidad muy incipiente: dependiente, infantil y con dificultades de identidad sexual.
- d) Dificultad para controlar los impulsos.
- e) Proyección del sufrimiento físico sufrido.

## 2. TEST DEL DIBUJO DEL ANIMAL

El animal dibujado es un león (dibujo 5).

### *Aspectos generales*

*Impresión gestáltica:* el dibujo transmite mucha agresividad, temor.

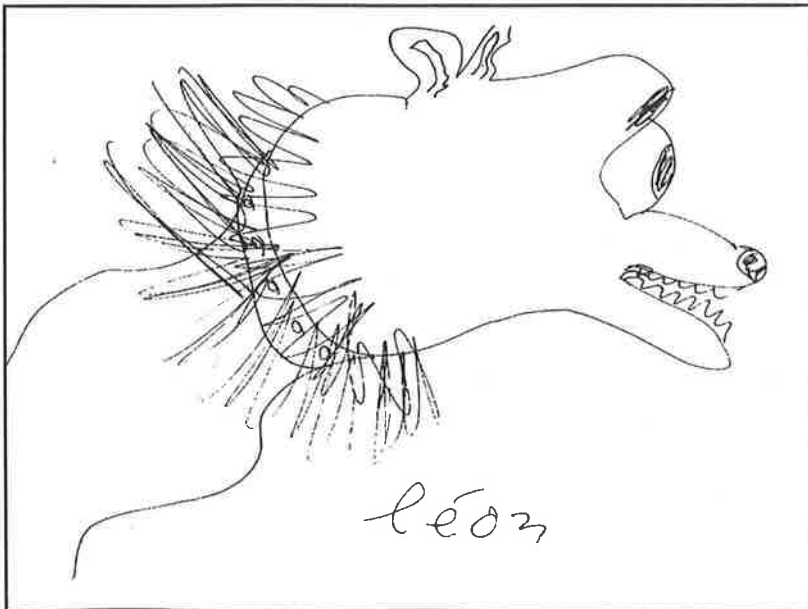
*Significación simbólica:* el león como signo de fuerza y hostilidad.

*Orientación:* el animal mira hacia la derecha, lo que indica una tendencia oposicionista, de tipo reactivo. Este hecho es frecuente en personas con sentimientos de ser un inadaptado rechazado y rechazante.

*Grafismo:* el tamaño es muy grande –limita con los bordes del papel– lo que denota sentimientos de constricción ambiental. Se correlaciona con la agresividad y con la tendencia a descargarla en el ambiente. Presencia de trazos puntiagudos.

*Contenido:* acentuación de los dientes del animal.

*Historia:* "El león está en el jardín de una casa y come personas. Ha nacido en el zoo y su madre ha muerto. Ya tiene hijos y una leona. Vive para vivir y come la gente para vivir".



Dibujo 5

## Conclusiones

Considerando que el test del animal se refiere al conflicto actual del sujeto, podemos hipotetizar lo siguiente:

- a) Se evidencia como conflicto, mostrando dificultades en el manejo de los impulsos agresivos.
- b) Percibe el ambiente que le rodea de un modo muy amenazador.
- c) Agresividad y oposición frente a un ambiente hostil.

### 3. TEST PATANEGRA

El Test de las Aventuras de Patanegra debe ayudarnos a comprender la dinámica relacional de Hans, en especial con sus padres y hermanos, y su evolución psicológica. Al mismo tiempo, debe confirmarnos las hipótesis realizadas a partir de los Gráficos.

En el Frontispicio, Hans se proyecta como hijo único, excluyendo a sus hermanos. De la historia, poco elaborada, y de los demás datos del protocolo, se deduce un Edipo no estructurado (es decir, las figuras parentales no aparecen diferenciadas ni investidas libidinalmente), y un predominio de la oralidad y de la agresividad (es decir, de las pulsiones primitivas, no elaboradas ni integradas).

#### *Impresión diagnóstica de la 2ª exploración psicológica*

Desde la perspectiva dinámica, nos interesa comprender la personalidad del sujeto. Así, para llegar a comprender lo que ha originado los problemas de su desarrollo, debemos enmarcar la sintomatología que presenta dentro del proceso de su historia personal.

La utilización de las Técnicas Proyectivas nos permite entender este proceso, ir más allá del comportamiento observable y poder entender la situación actual. Por otra parte, podemos detectar las partes sanas del individuo y ofrecerle un tratamiento que le posibilite rehacer sus vínculos.

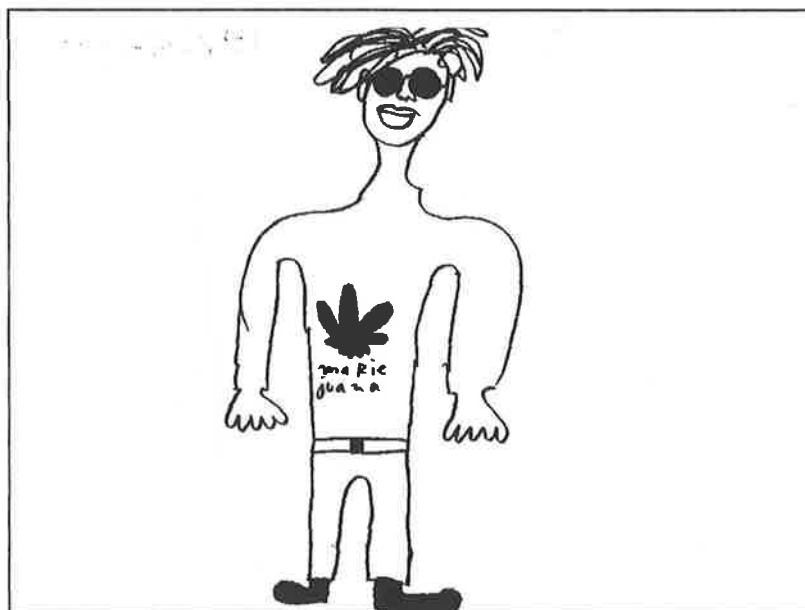
Hans presenta una estructura afectiva muy primitiva, con fijaciones en el Estadio Oral y Anal, que se manifiesta principalmente mediante agresividad oral/anal y dependencia. Muestra incapacidad para investir libidinalmente a las personas, al tiempo que denota una importante reivindicación afectiva. Se trata, pues, de una personalidad con importantes carencias afectivas, inmadurez emocional y serias dificultades en sus interrelaciones.

### *Tratamiento y seguimiento del caso*

Se realiza la devolución de la exploración psicológica a Hans y se le propone un tratamiento terapéutico. El chico acepta y se inicia una terapia con una periodicidad de dos veces por semana; posteriormente, la frecuencia de la terapia será de una vez por semana, durante un año y medio aproximadamente.

Al principio, la forma de comunicación en las sesiones era básicamente mediante la técnica del dibujo libre. El sujeto mostraba a menudo una conducta actuadora y provocadora a la vez. En las últimas sesiones, en cambio, ya era capaz de valerse sólo del lenguaje verbal para expresarse.

Dos meses después del inicio del tratamiento, Hans realiza el dibujo de una persona (dibujo 6) en el que observamos cómo proyecta una imagen de sí mismo mucho más elaborada y positiva que la realizada en el HTP anterior, aunque sigue mostrando sus reticencias hacia los demás y sus impulsos actuadores.



*Dibujo 6*

## Evolución

Durante su estancia en Barcelona, cabe valorar que tanto su nuevo contexto familiar (con sus tíos y sus cuatro primos de edades próximas a la suya) como el tratamiento terapéutico, han posibilitado una evolución positiva en Hans, sin apoyo farmacológico, que se concreta en los siguientes aspectos:

- Se inicia en el aprendizaje de *establecer relaciones con los demás*.
- Empieza a *reconocer y manifestar sentimientos*.
- *Descubre sus capacidades*, tanto intelectuales como personales.
- Establece una dinámica de relación con su madre, más acorde con su edad.
- Pequeños logros personales, como sacarse el carné de conducir y seguir distintos cursos con normalidad (cursos de idiomas y de informática)
- Mayor tolerancia a la frustración y más control de su impulsividad.

Todo ello ha propiciado que Hans fuera elaborando un autoconcepto positivo de sí mismo, dándole la posibilidad de interactuar positivamente con el ambiente que le rodea.

La relación que Hans ha mantenido con su familia durante este año ha ido aumentando, tanto en cantidad como en calidad. En un primer momento, a su llegada a Barcelona, no quería saber nada de ellos, pues estaba muy resentido y se complacía en expresar su desinterés hacia ellos. Las primeras Navidades las pasó con sus padres y hermanas. Estos, en verano, vinieron a pasar las vacaciones en España para poder estar con él.

Parece gestarse el deseo de modificar el vínculo establecido, especialmente entre la madre y Hans, entendiéndolo por *vínculo* aquella experiencia emocional en la que dos personas están relacionadas una con otra.

Al acercarse las segundas Navidades, Hans empieza a manifestar su deseo de regresar a su país, con su familia, pero esta vez para quedarse allí. La reacción de sus padres, al saberlo, fue en un primer momento negativa y señalaron que lo consideraban prematuro. Probablemente, tenían miedo de no saber afrontar y asumir la nueva situación. Hans sabía también que no sería fácil, ya que sus padres y hermanas no habían vivido su evolución y, por tanto, temía que tanto ellos como su entorno siguieran con las pautas de conducta que tenían antes de su partida.

Es en este momento, al año y 5 meses de estancia en Barcelona, cuando realizamos el retest con las Técnicas Proyectivas (Gráficos y PN).

### *Retest HTP*

Los dos primeros dibujos, la casa y el árbol, los realiza con desgana y, por tanto, no se consideran válidos y no se incluyen en este comentario. De los dibujos de las personas destacamos los siguientes aspectos:

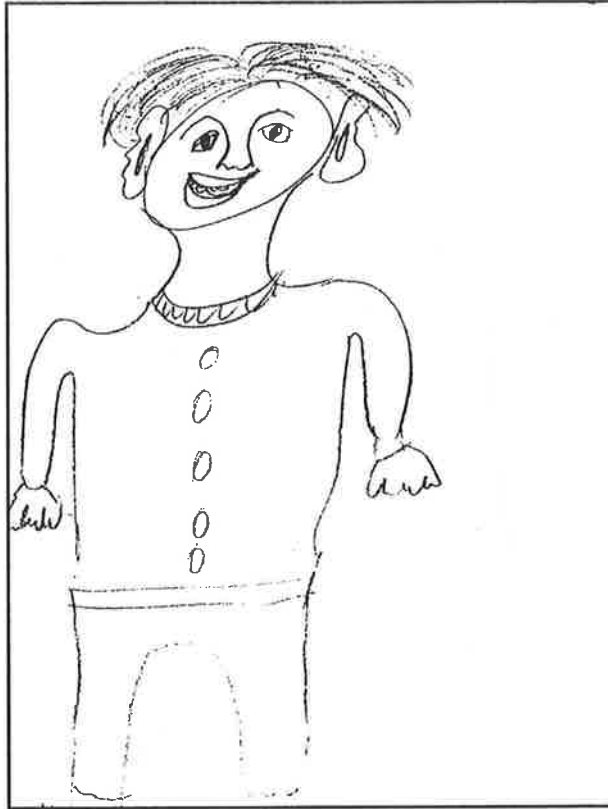
- El primer dibujo que realiza es el de la figura femenina (*dibujo 7*).



Dibujo 7

- En el segundo dibujo, el de la figura masculina (*dibujo 8*), se refleja un autoconcepto más elaborado y adaptado, y un mayor control de la impulsividad.





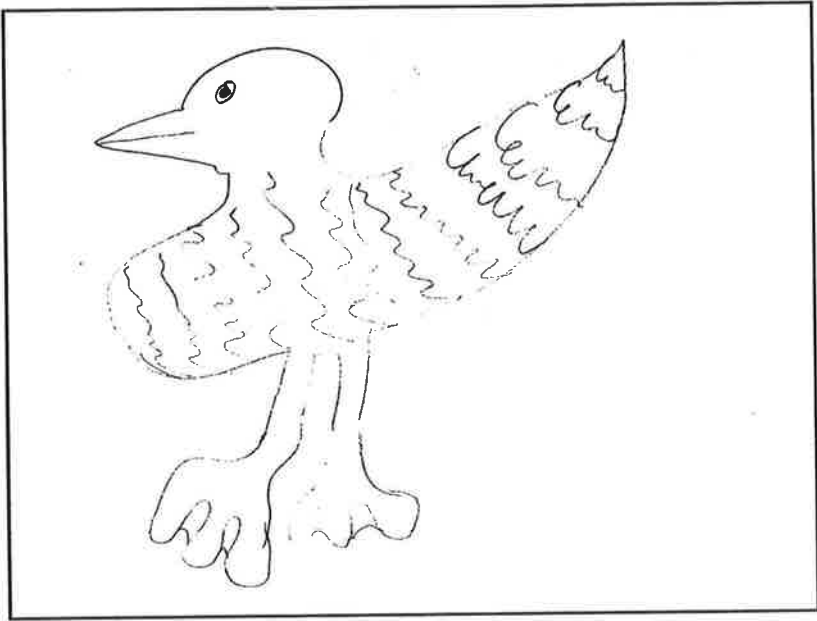
Dibujo 8

- En ambos dibujos, el de la figura femenina y la figura masculina (*dibujos 7 y 8*), se percibe una agresividad oral más elaborada.
- Se aprecia más diferenciación sexual.
- Siguen apareciendo rasgos como los del primer HTP, pero más atenuados (asimetría, dependencia de la figura materna, pocos recursos para interrelacionarse).

#### *Retest del dibujo del animal*

El animal dibujado es un pato que vuela (*dibujo 9*).

Las aves simbolizan, en general, deseos de independencia. Aparece también aquí una elaboración de la oralidad menos agresiva y disminuyen tanto el tamaño como los trazos y contenidos hostiles. Desaparece la tendencia oposicionista (orientación del animal hacia la izquierda).



Dibujo 9

### *Retest del PN*

En el Frontispicio continúa la exclusión de los hermanos y de la figura paterna. PN reivindica la madre para él solo. La historia es más elaborada y Hans expresa mejor sus sentimientos, pero continúa el predominio de la reivindicación oral-afectiva. Aparece la agresividad manifiesta contra la figura paterna y la ausencia de relaciones edípicas estructurantes. Un ejemplo de Preferencias-Identificaciones: la lámina BESOS es 3NA (No Aceptada, No Agradable, No Asumida); no le gusta porque *"hay un personaje que está mirando y luego viene con una pistola y les va a atacar"*; identificación: el árbol. En conjunto, podemos deducir que, si bien las pulsiones se expresan más francamente y auguran posibilidades de elaboración, los procesos relacionales afectivos y los identificativos se encuentran aún en un nivel muy bajo de desarrollo.

## CONCLUSIONES

Hans, después de año y medio de estancia en Barcelona, regresa a su país. Transcurridos tres meses, con motivo del cumpleaños de la abuela materna, regresan por unos días a España madre e hijo y solicitan una entrevista. En ella observamos que la dinámica de la relación que se establece entre ambos nada tiene que ver con la de la primera entrevista que mantuvimos hace casi dos años. Ahora son dos adultos que dialogan e intercambian sus puntos de vista acerca de la nueva experiencia de convivir juntos otra vez. Hans es ahora capaz de expresar sus sentimientos y opiniones acerca de las dificultades de toda la familia para adaptarse a la nueva situación.

A los padres les es difícil y extraño funcionar sin el amparo de una etiqueta diagnóstica que justifique los comportamientos que aún no se ajustan a la "normalidad", principalmente los problemas relacionales.

Cuando Hans vino a Barcelona la primera vez, había abandonado los estudios y trabajaba de vigilante en un parking. Actualmente, está cursando estudios superiores para trabajar en el aeropuerto. Vive en una residencia para chicos que necesitan apoyo psicológico, pero con total libertad de entradas y salidas. A nivel familiar, Hans ha encontrado, sobre todo en su madre, el referente que le proporciona aceptación de sí mismo y seguridad afectiva. Creemos que la intervención psicoterapéutica, a nivel individual y familiar, favoreció la evolución operada en la personalidad de Hans.

Finalmente, desde un punto de vista metodológico, consideramos que este estudio de caso prueba el interés que puede tener una aproximación dinámica con técnicas proyectivas en el diagnóstico y tratamiento psicológicos.

Elisabeth Ballús  
Moragues, 24  
08022 Barcelona

Jordi Bachs  
Major, 28  
17452 Massanes (La Selva)



## LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO COMO *ACTING* A TRAVÉS DEL RORSCHACH

*Susana Pacheco Calvo*

### RESUMEN

El presente estudio pretende validar el modelo psicoanalítico como modelo explicativo de algunos accidentes de tráfico. El Rorschach fue el instrumento de medida de variables de personalidad que dio cuenta de la tendencia al *acting*, seleccionando de entre las variables aquellas que podían traducir esas fuerzas inconscientes como causa de accidentes. La muestra de conductores utilizada fue de 15, todos ellos habiendo sufrido, recientemente, un accidente por distracción.

Los resultados obtenidos entre los conductores fueron: desajuste perceptivo (X-%), hostilidad elevada (S) –ésta última como responsable de dicho desajuste (S-%)–, bajo grado de cumplimiento de las normas sociales (P), simplificación excesiva del campo estímular, o disociación, según algunos autores como Lambda, y estilo de procesamiento de los datos de la realidad de tipo detallista (hiperincorporador). ¿Estas variables serían indicadores de la «pulsión inconsciente» responsable del «acto fallido» o –como dice Freud– de «actos de término erróneo»?

### ABSTRACT

This research tries to explain a few traffic accidents by means of the psychoanalytical model using the Rorschach test. The sample was composed by 15 drivers who had been involved recently in traffic accidents due to inattention.

The results showed that all these drivers had a perceptive disadjustment of reality (X-%), high hostility (S) –the latter was responsible of the said disadjustment–, a low level of compliance with social rules (P), a very simplified mental process of data collection from reality or dissociation, according to certain authors (Lambda), and a very detailed way to explore the external environment (hyperincorporator). All these variables were meaningful (statistically) in relation to the populations' parameters. Are these variables accurately correlated to the concept defined by the psychoanalytical model as *acting out*?

## INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tráfico siguen siendo uno de los principales retos con los que se enfrentan las sociedades industrializadas. Sus consecuencias se evalúan en términos de verdaderos balances de guerra.

En España, uno de cada tres accidentes se produce por distracción. Por tanto, en los accidentes de circulación, como en ningún otro tipo de accidentes, se nos brinda la oportunidad de estudiar uno de los factores que los causan, depurado de otros posibles intervinientes, entre los que aparece netamente diferenciado el factor humano y una de sus posibles manifestaciones psíquicas: la distracción.

Son muchos los estudios y modelos que buscan detectar las causas de los accidentes de tráfico, centrándose, fundamentalmente, en el gran protagonista: el usuario de la vía. Unos modelos son descriptivos de conductas (patrones oculares, conductas interferentes) o de variables psicofísicas que afecten a la conducción (alcohol, cansancio, somnolencia); otros son estimativos del valor de significación para el sujeto, tal es el modelo homeostático del riesgo<sup>1</sup> percibido y asumido. Pero en pocos se han identificado variables estructurales de la personalidad que dieran cuenta del accidente como resultado de un acto involuntario o inconsciente.

Dentro de los antecedentes figura, además de la utilización del Rorschach por parte de profesionales en la propia Dirección General de Tráfico (Pérez Frajero, T., 1992), un modelo muy próximo a nuestras tesis que plantea los accidentes de tráfico también desde la óptica de la psicología dinámica y en relación con variables de personalidad, tales como la agresividad, la actuación (como el *acting out*) y la

culpa. Su autora confirma la relación entre conductores accidentados y los dos primeros rasgos, no así con el sentimiento de culpa que, desde la óptica psicoanalítica, sería inconsciente<sup>1</sup>.

Entre los antecedentes más remotos (Tetsuhiko Kikuchi, 1964) figura la utilización de las láminas del test de Rorschach, junto con las láminas de Levi Movement, para detectar la personalidad de los conductores proclives al accidente. Los resultados no fueron los esperados, no pudiéndose establecer relación significativa entre éstos y las variables detectadas en el Rorschach.

Partimos, además, del hecho de que cuando un conductor o usuario de la vía se encontró inmerso en un accidente de tráfico, ninguno (salvo algunos casos excepcionales) se vio precedido por la acción deliberada de los participantes. El accidente, al fin, vendría dado por algo de lo que los propios afectados llaman «azar» o «destino», es decir, fuerzas desconocidas que actúan más allá –o más acá– de la conciencia y del control del propio sujeto.

Expresiones coloquiales como “se me fue el santo al cielo” o “estaba ensimismado” intentan justificar alguno de nuestros errores, pero no entrañan en sí procesos patológicos, pues forman parte de la vida cotidiana. Pero tampoco son producto del azar, la casualidad o la mala suerte. Todos obedecen a una causa no confesada. Así, los lapsus lingüísticos, los olvidos y los actos que derivan en un daño de un objeto o del propio sujeto que los lleva a cabo, ilustran lo que S. Freud llama “actos fallidos”. En su libro *Psicopatología de la vida cotidiana* (Freud, 1901) aporta una amplia casuística e incluye algunos accidentes de tráfico. A éstos los considera como “torpezas o actos de término erróneo” y en ellos descubre que el sujeto los llevó a cabo inconscientemente o, mejor, como consecuencia de un deseo de autocastigo ante un deseo no confesado y censurado por la conciencia.

Así pues, y desde este modelo, podríamos contemplar algunos accidentes de tráfico desde la óptica de la interferencia de deseos, no plenamente conscientes para el sujeto, y al que se le imponen, aún poseyendo calificación y capacidad suficiente para llevar a cabo una conducción segura.

Estas fuerzas escaparían a la conciencia o, más bien, romperían la barrera de la represión<sup>2</sup> y la contención defensiva del propio sujeto, actuando de un modo descontrolado o “inconsciente”, de modo que derivarían en un daño (accidente) para el propio sujeto o para los que le rodean. En último término diríamos que el “motor estuvo dentro”.

## OBJETIVOS

Según lo ya expuesto, el accidente considerado como acto fallido sería un equivalente en la vida cotidiana (aunque de consecuencias a veces dramáticas) del concepto *acting out*, reservado estricta y exclusivamente al campo de la práctica psicoanalítica, donde el terapeuta ve una manifestación de la resistencia a la toma de conciencia de aquellos impulsos rechazados por el sujeto, actuándolos en lugar de concieniarlos.

Como objetivos generales se proponen dos, en el presente estudio. Primero, validar un modelo explicativo de algunos accidentes de tráfico, cual es el psicoanalítico, de tan escasa presencia en el ámbito del tráfico y la seguridad vial. Y, segundo, hacer de un instrumento de medida, cual es el Rorschach, el más adecuado para identificar aquellos aspectos menos conocidos o inconscientes por los conductores envueltos en accidentes de circulación por distracción y que pudieran explicar la conducta, desde la perspectiva expuesta, que derivó en accidente.

Como hipótesis específica, se pretende demostrar que algunos accidentes, como actos fallidos, están producidos por una emoción (como la agresividad elevada) a la que podrían asociarse otros factores o modos de funcionamiento de la personalidad, tales como el estilo vivencial, la simplificación excesiva del campo estimular, la búsqueda de sensaciones, la intolerancia a la frustración, el estilo poco convencional, y otras.

De este modo, los accidentes no serían efecto del azar o la casualidad, sino que hallaríamos una explicación en la que las condiciones del entorno, el grado de conocimiento del vehículo y la experiencia del conductor resultaban ser las más favorables para una conducción segura<sup>3</sup>.

## METODOLOGÍA

El método clínico, extrapolado del modelo médico al campo de la psicología, resulta ser el más adecuado para este tipo de investigación. Tanto en aquél como en éste, se recogen todos aquellos datos que pueden resultar pertinentes para explicar el accidente (como síntoma) mediante una entrevista semidirigida.



En algunos casos se utilizaron pruebas diagnósticas que ampliaron la comprensión del modo de funcionamiento de la persona. En nuestro caso se utilizó el test de Rorschach.

Una primera fase del estudio de casos evidenció que todos los conductores se habían visto envueltos en un accidente por “distracción”<sup>4</sup>; además, se exploraron y detectaron en los conductores comportamientos que pudieron haber interferido en la conducción, así como estados psicofísicos alterados que pudieron, también, haber contribuido para que se produjera el accidente. A todos ellos, los 36 conductores, se les solicitó una segunda colaboración, a la que se prestaron 16. A éstos se les pasó el test de personalidad arriba citado. El sesgo de la muestra vendría dado, pues, por aquel factor derivado del sentimiento de culpa “consciente” en la producción del accidente, que hizo que algunos conductores no quisieran someterse a la prueba de personalidad.

Lo que desde la clínica y la práctica psicoanalítica no requeriría demostración, desde la óptica de un fenómeno grupal o, si se quiere, social y ya cotidiano por su frecuencia, habría de ser fundamentado. Y no sólo en lo que respecta al modelo, sino también en lo referente a la hipótesis planteada según la cual la agresividad es el vector fundamental del accidente de tráfico, considerado como un producto equiparable a la “actuación inconsciente de autocastigo”.

Los conceptos que sustentan el modelo son: *acting out*, en su acepción anglosajona o *actuación inconsciente* en la castellana; acto fallido, represión, escisión, pulsión agresiva y/o autocastigo.

Los instrumentos de medida de estas variables en el Rorschach, que observarían la tendencia a la actuación inconsciente, serían la escisión (Lambda), la baja capacidad de control o intolerancia a la frustración (D-), el índice de suicidio –desde luego–, el componente hostil (S) y, quizás, el índice de egocentrismo.

## Definición de conceptos

El accidente de tráfico se define como “un acto *involuntario* sucedido con ocasión del tráfico del que resulta *daño* a las personas o a las cosas”.

La definición que de *acting out* se da es la siguiente: “término utilizado en psicoanálisis para designar acciones, que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motiva-

ción habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva. En el surgimiento del *acting out* el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido" (Laplanche y Pontalís, 1983).

Al ser éste un término inglés, resulta difícil la traducción por las posibles acepciones de los dos términos *acting* y *out*. También, porque en psiquiatría el "paso al acto" no tiene la acepción inconsciente que se ha apuntado. Sin embargo, desde el punto de vista descriptivo, la acepción de *acting out* es muy amplia, pero incluye formas donde se encuentra un carácter "impulsivo, mal motivado a los ojos del propio sujeto, en contraste con su comportamiento habitual, incluso aunque la acción en cuestión sea secundariamente racionalizada. También pueden considerarse como *acting out* algunos accidentes ocurridos al individuo, sintiéndose éste ajeno a su producción" (Ibid.).

Esta definición estaría circunscrita al ámbito de la práctica psicoanalítica. Dado que el presente estudio no se enmarca en dicho contexto, utilizaremos el concepto "acto fallido" que, si bien no es equivalente al *acting out*, se enmarca en el ámbito de la vida cotidiana.

Así, el acto fallido se define como "aquél en el cual no se obtiene el resultado explícitamente perseguido, sino que se encuentra reemplazado por otro. Se habla de acto fallido no para designar los errores lingüísticos, de memoria o acción, sino aludiendo a aquellas conductas que el individuo habitualmente es capaz de realizar con éxito y cuyo fracaso tiende a atribuir a la falta de atención o al azar. Freud demostró que los actos fallidos son, como los síntomas, formaciones de compromiso entre la intención consciente del sujeto y lo reprimido" (Ibid.).

La represión sería "la operación por medio de la cual el sujeto intenta mantener en el inconsciente representaciones (imágenes, pensamientos, recuerdos) ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias" (Ibid.).

Escisión: "término utilizado por Freud para designar un fenómeno muy particular, según el cual coexisten dentro del yo, dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior: una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega la realidad en juego y la substituye por una producción del deseo" (Ibid.).

Pulsión agresiva: "para Freud designa las pulsiones de muerte, en tanto que dirigidas hacia el exterior. El fin de la pulsión agresiva es la destrucción del objeto. Entre las pulsiones de autoconservación

(muerte) y las sexuales, no puedo decidirme a admitir la existencia, al mismo nivel que ellas, de una pulsión agresiva especial”(lb.).

### **Variables del Rorschach que darían cuenta del “acto fallido”**

La primera (S-Con), por ser el más claro exponente de conductas autolesivas de dar valores significativos (8 puntos), sería un indicador claro del desenlace que se produce en algunos casos tras un accidente de tráfico (la muerte). Con todo, cuando esta constelación es positiva, creemos que coincide con el momento en el que el sujeto tiene clara conciencia de un deseo de autolesión.

La segunda (S), se refiere al grado de oposicionismo, enfado u hostilidad que el sujeto procesa en su relación con el entorno y/o consigo mismo. Esta variable es una medida de autoafirmación, de defensa del yo o, lo que es lo mismo, los instintos de conservación a los que se refiere S. Freud a lo largo de toda su obra<sup>5</sup>. Se sabe que una presencia elevada de oposicionismo u hostilidad puede ser la responsable del deterioro de la percepción de la realidad.

La impulsividad o intolerancia a la frustración sería el resultado de la diferencia de potencial entre los recursos disponibles deliberados y los que, a modo de demandas instintivas, presionan en el individuo. Por tanto, un puntaje positivo (D+) sería exponente de conductas planificadas (conscientemente) y uno negativo (D-) de conductas impulsivas.

El grado de simplificación de los datos del campo estimular (Lambda), sería, en los casos de un puntaje muy elevado, un síntoma de disociación —en el sentido de separar, descuidar, dejar de lado, estrechar o simplificar el campo estimular<sup>6</sup>—; esto es, no considerar la complejidad que necesariamente revisten ciertos aspectos de la vida y el entorno de las personas adultas.

Dado que en el ámbito del tráfico el escenario cambia rápida y constantemente, la excesiva simplificación de éste puede revestir riesgo de accidente o, como hemos decidido nominarlo, indicador de actuación inconsciente.

El ajuste de las percepciones daría cuenta de en qué medida son como las de la mayoría de las personas o están distorsionadas (X-%).

El grado de comportamiento esperado en situaciones sociales normativas podría ser un modo indirecto de evaluación del grado de cumplimiento de las normas de circulación (P).

El índice de egocentrismo, que traduce también el grado de autoestima, en los casos de estar elevado, indicaría un autocentramiento excesivo. Por tanto, la persona no tendría recursos atencionales disponibles para los datos de su entorno. Si estuviera excesivamente bajo, supondría un desconocimiento de su mundo interno y estaría excesivamente pendiente de los datos de su entorno con olvido de la propia identidad. Podrían "perderse".

La hiper o hipoincorporación nos daría cuenta del estilo de procesamiento cognitivo del sujeto. Si exagera, sería un sujeto perfeccionista que no se atreve a tomar decisiones y muy preocupado con la exactitud. Si fuera hipoincorporador, sería poco cuidadoso, impulsivo, brusco. Uno y otro predispondrían al sujeto a una conducta destructiva.

## RESULTADOS A PARTIR DEL RORSCHACH

De los quince casos, 11 habían sufrido sólo el accidente objeto del presente estudio. El resto (cuatro casos) habían tenido de media tres accidentes a lo largo de su experiencia como conductores.

Antes de pasar a los resultados, hay que advertir que todos ellos fueron obtenidos a partir de que los sujetos hubieran sufrido un accidente de tráfico, por lo que algunas variables van a verse afectadas por el efecto, siempre traumático, de un hecho como éste (DEPI). Suponemos que otras variables, al ser más estables, estarían presentes en el mismo grado que el que obtuvimos antes de que se produjera el accidente.

La media de días transcurridos desde que se produjo el accidente hasta que se le pasó el test fue de 59 días, siendo el mínimo 15, el máximo 217 y la moda 16.

El total de sujetos a los que se les pasó el Rorschach fue 16 (44% de la muestra total), descartándose un caso en el que, por el bajo número de respuestas (12), se decidió no incluirlo en el estudio. El número de respuestas dadas oscilaron entre 14 y 24 (Tabla 1).

Se exploraron todas las variables que, pudiendo tener relación con una actuación inconsciente, diferían de los valores paramétricos (Tabla 2).

Los accidentes de tráfico como *acting* a través del Rorschach

	N	Media	Mediana	Moda	D.T.	Asim.	KU	Mín.	Máx.
N° R s	15	17.80	18.00	16	2.73	.509	3.11	14	24
W	15	6.00	6.00	5	2.73	4.85	-9.56	3	12
D	15	7.87	8.00	12	3.40	+4.85	-7.58	2	12
Dd	15	3.07	3.00	4	1.75	-2.09	-8.54	0	6
S	15	3.13	3.00	4	2.07	.075	-5.02	0	7
DQ+	15	4.40	4.00	3	2.38	9.45	9.03	1	10
DQo	15	11.60	11.00	10	2.85	1.04	-0.15	6	17
DQv	15	.97	1.00	0	1.13	1.684	3.329	0	4
DQv+	15	.93	1.00	0	1.10	.892	-4.35	0	3
FQxo	15	8.53	8.00	7	2.07	1.741	2.724	7	14
FQx+	15	.00		0	.00			0	0
FQxu	15	2.53	2.00	0	2.13	.303	-1.088	0	6
FQx-	15	6.47	6.00	6	2.29	-1.76	-7.11	2	10
FQxsin	15	.27	.00	0	.59	2.273	4.786	0	2
X+%	15	0.48	0.50	0.50	0.107	0.88	0.92	0.35	0.74
MQo	15	.87	1.00	0	.99	.808	-3.88	0	3
MQu	15	.13	.00	0	.35	2.405	4.349	0	1
MQ+	15	.00		0	.00			0	0
MQ-	15	.60	.00	0	.83	.941	-7.65	0	2
MQsin	15	0.067	.00	0	.28	3.873	15.000	0	1
SQ-	15	1.93	1.00	1	1.58	.753	-6.69	.00	5.00
M	15	1.67	2.00	0	1.54	.379	-1.228	0	4
FM	15	1.87	2.00	0	1.55	.386	-5.18	0	5
M	15	.93	1.00	0	.96	.705	-3.34	0	3
FC	15	.40	.00	0	.63	1.407	1.264	0	2
CF	15	1.47	1.00	0	1.64	.906	-1.97	0	5
C pura	15	.33	.00	0	.62	1.792	2.625	0	2
Sum C	15	2.1667	2.0000	.00	2.0587	.795	+3.60	.00	6.00
Sum Pond C	15	2.20	2.00	2	2.18	1.046	4.23	0	7
Sum C > 2	15	1.00	1.00	1	1.00	1.978	5.661	0	4
Sum T	15	.47	.00	0	.92	2.046	3.646	0	3
Sum V > 0	15	.00		0	.00			0	0
FD	15	0.53	0.00	0	1.246	2.342	4.651	0	4
Cont.H	15	2.00	2.00	1	1.363	0.782	8.118	0	5
Atr	15	0.6440	0.6700	1.00	0.2784	-0.145	-0.1395		
Ag	15	0.53	0.00	0	0.83	1.159	-0.408	0	2
CDI	15	3.83	4.00	4	0.99	-1.113	1.121	2	5
SCZI	15	2.93	3.00	4.00	0.58	-0.668	-1.189	1	4
Lambda	15	2.0613	1.2200	.23	3.3586	3.658	13.802	.23	14.00
3r+(2)IR	15	.4140	.3800	.50	.2861	1.197	1.286	-.07	1.05
P	15	4.47	4.00	4	1.60	1.767	3.661	3	9
X-	15	.3633	.3900	.38	.1193	-.391	-8.00	.14	.53
S-%	15	.2900	.2200	.17	.2074	.464	-6.55	.00	.67
Zr	15	10.73	11.00	11	3.10	1.213	2.728	6	19
Zd	15	3.333	4.000	-1.0	3.945	.104	-6.79	-3.5	10.5

Tabla 1

Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores

Nº R.	Frecuencia	Porcentaje
14	2	13.3
15	1	6.7
16	3	20.0
17	1	6.7
18	1	6.7
19	3	20.0
20	3	20.0
24	1	6.7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>

Tabla 2

Posteriormente, las diferencias observadas en nuestra muestra y los datos obtenidos de la muestra de población general se sometieron a un tratamiento estadístico para ver si eran significativas o no. Los ítems estudiados fueron:

1. Constelación de suicidio (S-Con)
2. Hostilidad u oposicionismo (S)
3. Desajuste perceptivo con la realidad (X-% y S-)
4. Simplificación del campo estimular (Lambda)
5. Implicación en situaciones cargadas emocionalmente (Afr)
6. Intolerancia a la frustración (D-)
7. Índice de egocentrismo
8. Grado de convencionalidad o de conductas inadaptadas a las normas sociales (P)
9. Índice de depresión
10. Estilo de procesamiento de la información (Zd)

Aunque se exploró el índice de depresión (DEPI), se descarta este criterio como indicador, porque al hacer el estudio con posterioridad al accidente, si diera positivo, podría ser un efecto derivado del mis-

mo, no pudiendo discriminar si estaba o no deprimido antes de sufrir el accidente.

## 1. Constelación de suicidio

Este indicador no resultó muy llamativo (Tabla 2), pues de los 15 casos estudiados en sólo tres mostraron puntuaciones indicadoras de un riesgo de conductas autolesivas (20%). Este índice, quizás revele –como se decía en párrafos anteriores– un riesgo de conductas autolesivas a un nivel consciente; por tanto, no explicaría el accidente como acto de naturaleza inconsciente.

## 2. Hostilidad u oposicionismo (S)

La hostilidad sí resulta notablemente elevada en nuestra muestra (Tabla 3).

Puntajes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
8	1	6.7	6.7
7	2	13.3	20.0
6	4	26.7	46.7
4	5	33.3	80.0
3	2	13.3	93.3
2	1	6.7	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 3

Si tenemos en cuenta que la media de la población es 1.49, una sola mirada a la distribución de frecuencias da cuenta de su peso en la muestra. El 67% de los sujetos tenían 3 o más respuestas de contenido agresivo, siendo la media de la muestra de 3.13, muy elevada en comparación con los valores de la población. También, contrastada la hipótesis de diferencias de medias entre la muestra y la población mediante la *t* de Student, resultaron diferencias significativas (Tabla 4).

	N	Media	DT	Error tipo de la media
S	15	3.13	2.07	0.53

Tabla 4a. Estadísticos para una muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia inferior	Intervalo de confianza para la diferencia superior
S	3.081	14	0.008	1.64	0.50	2.79

Tabla 4b. Prueba para una muestra. Valor de la prueba = 1.49

Por tanto, y como conclusión, la hostilidad del grupo de conductores implicados en accidentes por distracción presenta valores más elevados que los de la población. La característica de esta variable se traduciría en comportamientos muy obstinados, tercos, opositoristas, autoafirmativos en exceso, prevaleciendo su criterio por encima de cualquier otra consideración y, en este sentido, una excesiva autodefensa, que en último extremo traduciría una muy frágil identidad yoica.

### 3. Desajuste perceptivo con la realidad (X-%, S-%)

Considerando que la media de la población es 0.07, con una desviación típica de 0.05 (Tablas 5, 6 y 7), prácticamente en todos los casos el ajuste con la realidad era muy bajo, lo cual es un indicador a tener en cuenta en los posteriores análisis. Contrastada la hipótesis de diferencias de medias entre la de nuestra muestra y la de población mediante la t de Student, como en la variable anterior, el resultado fue que la diferencia (valor de  $t=0.000$ ) es altamente significativa; por tanto, nuestra muestra no procede de la población normal. Veremos a continuación cómo es la hostilidad la responsable de este mal ajuste.



Los accidentes de tráfico como *acting* a través del Rorschach

Frecuencia S	Casos	% válido	% acumulado
7	1	6.7	6.7
6	1	6.7	13.3
5	1	6.7	20.0
4	3	20.0	40.0
3	4	26.7	66.7
2	1	6.7	73.3
1	2	13.3	86.7
0	2	13.3	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 5

X-%	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
.14	1	6.7	6.7
.20	1	6.7	13.3
.21	1	6.7	20.0
.29	1	6.7	26.7
.30	1	6.7	33.3
.32	1	6.7	40.0
.36	1	6.7	46.7
.38	2	13.3	60.0
.42	1	6.7	66.7
.45	1	6.7	73.3
.47	1	6.7	80.0
.50	2	13.3	93.3
.53	1	6.7	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 6

	N	Media	DT	Error tipo de la media
X-%	15	0.3633	0.1193	3.079E-02

Tabla 7a. Estadísticos para una muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia inferior	Intervalo de confianza para la diferencia superior
X-	9.526	14	0.000	0.2933	0.2273	0.3594

Tabla 7b. Prueba para una muestra. Valor de la prueba = 0.07

Los valores en S-% (Tabla 8). Si la media de la población es de S-% 0.08 y la desviación típica 0.23, en nuestra muestra 13 sujetos (87%) superan este valor. Así pues, la hostilidad es la gran responsable de este mal ajuste perceptivo. También se contrastó la hipótesis de diferencia de medias entre nuestra muestra y la población, obteniéndose una diferencia altamente significativa (Tabla 9), lo cual confirma no sólo que nuestros sujetos presentan un elevado grado de hostilidad y distorsión perceptiva, sino que la responsable de dicha distorsión es la hostilidad u oposicionismo.

Frecuencia %	S- Frecuencia	Porcentaje acumulado
0.67	1	6.7
0.63	1	13.3
0.50	1	20.0
0.44	1	26.7
0.40	2	40.0
0.25	1	46.7
0.22	1	53.3
0.20	1	60.0
0.17	3	80.0
0.13	1	86.7
0.00	2	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	

Tabla 8

	N	Media	DT	Error tipo de la media
S-%	15	0.2900	0.2074	5.356E-02

Tabla 9a. Estadísticos para una muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia inferior	Intervalo de confianza para la diferencia superior
S-%	3.921	14	0.002	0.2100	9.513E-02	0.3249

Tabla 9b. Prueba para una muestra. Valor de la prueba = 0.08

#### 4. Simplificación del campo estimular (Lambda)

Otro de los indicadores que se detectaron como significativamente elevado en relación con los valores de las tablas normativas fue el Lambda. Este indicador refleja “una función adaptativa, aunque defensiva”, según la cual restringe la amplitud del campo estimular, haciéndolo “más manejable”. Para algunos autores es un indicador del “mecanismo de escisión” por cuanto refleja un modo de funcionamiento mental que tiende a describir formalmente los datos de la realidad sin apenas conectar con aspectos más emocionales.

Si consideramos que la media de la población es 0.58 y la DT es 0.26, los valores por encima de 0.84 son el 80% de los casos de nuestra muestra (Tabla 10). Esto quiere decir que en ocho casos de cada diez los sujetos estudiados tenían valores muy elevados en esta variable. Para hacer una estimación de la media, comparándola con la de la población, se eliminaron los dos casos extremos (Lambda 2.50 y 14) por distorsionar mucho los valores de la muestra, quedando como una distribución normal. Entonces, dado que es una variable paramétrica, y mediante la prueba t de Student, se hizo una comparación para ver si la muestra difería significativamente o no de la población.

Valores Lambda	Frecuencia	Porcentaje acumulado
14.00	1	6.7
2.50	1	13.3
2.17	1	20.0
1.86	1	26.7
1.38	1	33.3
1.33	1	40.0
1.29	1	46.7
1.22	1	53.3
1.11	1	60.0
1.00	1	66.7
0.89	1	73.3
0.85	1	80.0
0.64	1	86.7
0.45	1	93.3
0.23	1	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	

Tabla 10

También se encontraron unas diferencias significativas (Tabla 11) y, por tanto, la característica que muestra el grupo de conductores en esta variable es diferente del rasgo en la población; es decir, muestra un grado de simplificación (media=1.11) o, si se quiere, de escisión, mucho más elevado que la media de la población (media=0.58).

	N	Media	DT	Error tipo de la media
Lambda	13	1.1092	0.5331	0.1479

Tabla 11a. Estadísticos para una muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia inferior	Intervalo de confianza para la diferencia superior
Lambda	3.579	12	<b>0.004</b>	0.5292	0.2071	0.8514

Tabla 11b. Prueba para una muestra. Valor de la prueba = 0.58

## 5. Implicación en situaciones cargadas emocionalmente (Afr)

En nuestra muestra, no aparece elevado este valor, por lo que no se puede decir que se comporten de modo diferente al de la población. Sólo existen cuatro casos con Afr elevado.

## 6. Intolerancia a la frustración (D+)

La mayoría de los casos (60%) están en el valor 0 (lo cual es adecuado) y por encima y por debajo de este valor, tres y tres casos, respectivamente. Planteada la hipótesis de diferencia de medias entre la muestra y la población, no se encontraron diferencias significativas. Así, nuestra muestra se comportará como lo hace la mayoría de las personas.

## 7. Índice de egocentrismo

Este indicador, tanto por exceso como por defecto, pudiera significar un factor de riesgo de conductas arriesgadas. Pensemos que un elevado autocentramiento puede dificultar el procesamiento de datos significativos del entorno. Del mismo modo, un desconocimiento total del mundo interior puede suponer una externalización de las dificultades y, por tanto, obrar reactivamente, amén de suponer una autoestima muy baja.

En nuestra muestra, un 33% está por encima del valor paramétrico (dos de ellos con cinco respuestas de reflejo) y un 40% por debajo. En total, un 73% de los sujetos no tiene un autocentramiento adecuado. Sin embargo, la prueba de igualdad de medias entre nuestra muestra y la poblacional no ofreció diferencias significativas, estadísticamente hablando (Tabla 12).

	N	Media	DT	Error tipo de la media
3r+(2)/R	15	0.4140	0.2881	7.438E- 02

Tabla 12a. Estadísticos para una muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia inferior	Intervalo de confianza para la diferencia superior
3r+(2)/R	0.188	14	<b>0.853</b>	1.400E-02	-.1455	.1735

Tabla 12b. Prueba para una muestra. Valor de la prueba = 0.40

## 8. Grado de convencionalidad o de conductas adaptadas a las normas sociales (P)

Esta variable, que mide el grado en el que la conducta de los sujetos se ajusta a lo socialmente esperado o, lo que es lo mismo, el grado en el que ve las cosas y se conduce como la mayoría de las personas en determinadas situaciones sociales, aparece con valores diferentes a los de la población.

Si bien no mide el grado de cumplimiento de las normas de tráfico, pudiera ser una medida indirecta de ello. Los resultados en la muestra, considerando que el valor paramétrico es de 6.89 (Tabla 13), son bastante bajos, presentándose en aproximadamente un 87% de los casos (<6P).

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6	2	13.3	13.3	13.3
5	3	20.0	20.0	33.3
4	6	40.0	40.0	73.3
3	4	26.7	26.7	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 13

Esto quiere decir que estos sujetos son muy poco convencionales, no responden a las situaciones sociales como la mayoría de las personas o como cabría esperar que lo hicieran. Por lo que, si se traslada este valor al ámbito de la circulación vial, se puede deducir que son personas que no adaptan generalmente su conducción a las normas de tráfico, sino que las violan en la mayoría de los casos. La prueba t de Student dio como resultado que estas diferencias eran significativas (sig. 0.000), estadísticamente hablando (Tabla 14).

	N	Media	DT	Error tipo de la media
P	15	4.47	1.60	.41

Tabla 14a. Estadísticos para una muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia inferior	Intervalo de confianza para la diferencia superior
P	-5.875	14	0.000	-2.42	-3.31	-1.54

Tabla 14b. Prueba para una muestra. Valor de la prueba = 6.89

## 9. Índice de depresión

En un 13.3% de sujetos dio positivo el indicador de depresión (Tabla 15). Sin embargo, y como decíamos en párrafos anteriores, el resultado de este indicador pudiera tratarse de una consecuencia del accidente, no un estado previo a éste, que hubiera podido influir en la producción del mismo.

DEPI	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6	1	6.7	6.7
5	1	6.7	13.3
4	7	46.7	60.0
3	5	33.3	93.3
2	1	6.7	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 15

## 10. Estilo de procesamiento de la información (Zd)

Por último, otra variable que pudiera influir en la producción del accidente considerado como acto fallido, es la resultante de los puntajes Zd. Los valores por encima o por debajo de los paramétricos, aplicados al campo de la seguridad vial, pueden suponer un alto riesgo de sufrir un accidente, por cuanto hay que considerar la peculiaridad del escenario, en rápido y permanente cambio, y el hecho de que el usuario de la vía tiene que interactuar y tomar decisiones, a veces rápidas. En nuestra muestra hay un 27% de sujetos (tres de cada diez) que presentan un estilo perceptivo muy precipitado, junto a un 53% (>3,5) muy minucioso y detallista (Tabla 16).

Zd	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
-3.5	1	6.7	6.7
-1.5	1	6.7	13.3
-1.0	2	13.3	26.7
0.5	1	6.7	33.3
1.0	1	6.7	40.0
3.0	1	6.7	46.7
4.5	3	20.0	66.7
5.5	1	6.7	73.3
6.5	1	6.7	80.0
7.5	1	6.7	86.7
8.5	1	6.7	93.3
10.5	1	6.7	100.0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 16

También en este caso realizamos la prueba t de Student para ver si los datos provenían de una población distinta a la normalizada (Tabla 17). Comprobamos que sí, siendo la media superior al valor



paramétrico, por lo que la mayoría de los sujetos serían hiperincorporadores, esto es, marcados por un estilo muy minucioso de recoger los datos del entorno. Parecería que éste sería un factor de protección pero, quizás, al requerir más tiempo en el procesamiento, supondría un factor de riesgo, sobre todo en la toma de decisiones, que en el ámbito del tráfico resulta tan crítico el tiempo, debido al bombardeo de estímulos y la rapidez de los cambios.

	N	Media	DT	Error tipo de la media
Zd	15	3.333	3.945	1.018

Tabla 17a. Estadísticos para una muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia inferior	Intervalo de confianza para la diferencia superior
Zd	2.566	14	.022	2.613	.429	4.798

Tabla 17b. Prueba para una muestra. Valor de la prueba = 0.72

De los resultados obtenidos hasta ahora, tenemos que la muestra de conductores implicados en accidentes por distracción poseen las siguientes características:

- Procesan los datos de la realidad de un modo muy poco sofisticado y simplista, escindiendo muchos otros aspectos, y con un tipo de razonamiento muy autoritario. Algunos autores lo denominan "visión en túnel".
- Poseen un potencial de hostilidad también muy elevado.
- El grado de desajuste entre sus percepciones y los datos de la realidad es considerable, siendo la elevada hostilidad la responsable de dicho desajuste.
- Su comportamiento no es convencional; esto es, no se ajusta a lo que desde las convenciones sociales se espera de ellos. Traducido al ámbito de las normas de circulación, serían personas que violan e incumplen con bastante frecuencia dichas normas.
- Tienen un estilo de procesamiento de los datos muy minucioso y detallista (sería más lento), pudiéndose perder en ese detallismo, amén de ser lentos en la toma de decisiones.

Mediante un análisis multivariante, no se pudo establecer relación significativa entre dichas variables y el número de accidentes sufridos por la muestra de conductores<sup>7</sup>.

## Discusión de los resultados

Dado el escaso número de sujetos a los que pudimos examinar con el test de Rorschach, no podemos extrapolar los resultados a una población más amplia de conductores implicados en accidentes, aún cuando se restrinjan a aquellos que se produjeron por distracción. Para ello, se continúa el estudio con una muestra más amplia.

Quedaría por discutir si una simplificación excesiva ( $\Lambda$ ) o, como se podría decir en otros términos, un grado excesivo de disociación y una hostilidad u oposicionismo elevado (S), serían indicadores de fuerzas instintivas responsables del acto fallido.

Considerada la hostilidad como el vector fundamental que, actuando de un modo inconsciente, deriva en un daño para el propio sujeto, tendría el significado desde la óptica psicoanalítica de "autocastigo". Pero dicho autocastigo sería el resultado de un hecho censurado previamente por la conciencia. Todo ello nos adentra en la complejidad del acontecer psíquico descubierto y sistematizado por el psicoanálisis.

Otro aspecto importante a tratar sería cómo, a partir de estos resultados, podríamos operativizarlos de cara a la prevención —al menos— de un número determinado de accidentes. ¿Sería posible hacer recomendaciones o modificaciones de los indicadores de riesgo descubiertos? Siempre es difícil el cambio en los individuos, máxime cuando alguno de estos aspectos suponen verdaderas reestructuraciones de carácter y/o de personalidad. No es posible aportar soluciones fáciles a temas que no lo son.

Si merecería la pena considerar detenidamente el error que se comete al contemplar, desde tantos y tan diversos campos del conocimiento, un desarrollo del ser humano tan unilateral, esto es, atendiendo sólo a los aspectos racionales y/o conscientes, no contemplando la existencia de fuertes pasiones (aún no domeñadas en los individuos) y sólo, y en muy pocos casos, puestos al servicio de rendimientos psíquicos superiores (léase obras de arte, descubrimientos científicos o obras humanitarias) que, trascendiendo la realidad personal, se convierten en patrimonio de la humanidad. Esto no exime al resto de los individuos, si se quiere ordinarios, en el esfuerzo y

la voluntad de poner esa carga instintiva al servicio de un desarrollo más amplio e integrado del individuo, en aras de un mayor grado de civilización y de cultura. Conocer o, al menos, admitir la existencia de vectores pulsionales inconscientes, que modulan la conducta también del usuario de la vía, y contemplar la posibilidad de que algunos accidentes se produzcan por efecto de estas fuerzas, satisfaría cumplidamente uno de los objetivos que se pretendió al llevar a cabo esta investigación.

## Bibliografía

- CAMPO, V. (1996). Lambda y disociación. *Revista de la SERYMP*, 9, 19-25.
- CAMPO, V. (1999). 100 Lambdas: un estudio exploratorio. *Revista de la SERYMP*, 12, 7-15.
- EXNER, J.E. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- FREUD, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Madrid: Alianza Editorial, 1975.
- FREUD, S. (1915). "La pulsión y sus destinos". *O.C.*, VI. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1916). "Los que delinquen por conciencia de culpa" *O.C.*, VII. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1920). "Más allá del principio de Placer". *O.C.*, VII. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1925). "Inhibición, síntoma y angustia". *O.C.*, VII. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, J.B. (1959). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor, S.A., 1983.
- LIGIA IONCHINS GRISCI, C. (1991). "Relación entre accidentes de tráfico y variables de agresividad, actuación y culpa". *PSICO. Revista semestral do instituto de Psicologia da Puc*. V, 21, 103-117.
- PACHECO, S. (2000). "Estudio psicosociológico de accidentes por distracción en vías interurbanas dentro del territorio español". Madrid: Dirección General de Tráfico. Dirección de Programas de Investigación de Accidentes.
- PÉREZ FRAJERO, T. (1992). "Estudio de accidentes de motocicletas". Madrid: Dirección General de Tráfico. Dirección de Programas de Investigación de Accidentes.

TETSUHIKO KIKUCHI. (1964). "A scoring Method of Rorschach test and Levy Movement test for discrimination of accidente Proneness in motor driver". *Tohoku Psychologica Folia*, 23, 1-2, 26-38.

## Notas

- <sup>1</sup> *Carmen Ligia lochins Grisci establece diferencias significativas entre motoristas profesionales y no profesionales, mediante la utilización del Test Gestáltico Visomotor y utilizando la prueba t de Student para diferencia de medias.*
- <sup>2</sup> *Concepto muy próximo al de escisión o disociación, mediante el cual se desechan de la conciencia aspectos desagradables para el yo.*
- <sup>3</sup> *En una primera parte de este estudio, los accidentes por distracción (36 casos) se produjeron mayoritariamente en tramos rectos, siendo de día, con circulación fluida, conociendo la persona el trayecto y el vehículo que conducía, y con suficiente experiencia como conductor.*
- <sup>4</sup> *Primera clasificación hecha por el Grupo de Atestados de la Guardia Civil que intervino en el accidente.*
- <sup>5</sup> *Sigmund Freud en "La pulsión y sus destinos" (1915) hace una clara diferencia entre los instintos del Yo o de conservación, a los cuales asocia el odio y los instintos sexuales que en su fase genital estarían asociados al amor como resultado de la unión de los instintos sexuales parciales.*
- <sup>6</sup> *Acepción ampliada tras una revisión bibliográfica realizada por Vera Campo (1996, 1999).*
- <sup>7</sup> *En la primera entrevista, se les pedía que dijeran si habían sufrido otros accidentes de tráfico, no precisándose si fueron debidos a su participación o no, y si fueron por otras causas diferentes a la distracción.*

Susana Pacheco Calvo  
Calle Almansa, 58  
28039 Madrid

## **LA FRONTERA ENTRE LO PSÍQUICO Y LO GENÉTICO: DOS CASOS DE GEMELAS MONOCIGÓTICAS**

*Alicia Tamayo Lacalle y M<sup>a</sup> Luisa Plumed Martín*

### **RESUMEN**

Se presenta el estudio psicodiagnóstico de unas gemelas (MZ) con distintos acontecimientos vitales. Se observan diferencias en la manera de afrontar el duelo y en su capacidad de adaptación, lo que se analiza mediante las variables Rorschach.

La organización psicológica del individuo incide siempre de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en los posibles trastornos y enfermedades. A su vez, todos los trastornos y enfermedades poseen repercusiones en el ámbito psicológico.

La capacidad de afrontamiento y adaptación de cada persona está condicionada por el estilo de personalidad previo y su fortaleza yoica.

La vulnerabilidad psicológica no viene sólo derivada por un déficit de recursos, sino también por la valoración subjetiva que el individuo haga de las consecuencias de los acontecimientos. Puede concebirse, pues, la vulnerabilidad en términos de amenaza potencial, que se transforma en amenaza activa cuando pone en peligro efectivo al individuo.

### **ABSTRACT**

A psychodiagnostic study of female twins (MZ) having different vital events is presented here.

Differences are observed in the way they confront mourning and in their adaptability, which is analysed through the Rorschach variables.

The psychological organisation of the individual always affects, directly or indirectly, in a positive or in a negative way, in the possible disorders or illnesses.

All disorders and illnesses have as well after-effects on the psychological ambit.

Everyone's capacity to confront and adapt is conditioned by the style of his previous personality and self-strength. Psychological vulnerability derives not only from a shortage of resources but also from the subjective assessment of the consequences of the events made by the individual.

Thus, vulnerability can be conceived in terms of potential threat, being transformed into active threat when the individual is in effective danger.

## Introducción

Este estudio surge de manera casual. Llevamos un tiempo trabajando con mujeres que acuden a la consulta ordinaria del Servicio de Cirugía de mama y cuello, de un Hospital General de Madrid (Fundación Jiménez Díaz); todas ellas presentan un tumor en uno de los senos. Las atiende el Dr. Díaz-Miguel, médico especialista en cirugía general, para valorar la naturaleza de dicho tumor.

Nosotras les pasamos una batería de tests antes de saber los resultados de la punción.

Partimos de la premisa según la cual existe influencia de los factores psicológicos en la salud de los individuos. Nuestra hipótesis, desde el estudio del Rorschach, únicamente era comprobar si podrían aislarse un grupo de variables que nos hablasen de una mayor probabilidad de que ese tumor derivase en un cáncer.

Al analizar los protocolos de un par de gemelas, sabiendo que la carga genética en los gemelos monocigóticos es siempre la misma (además, poseen iguales huellas dactilares y su muerte, si es por causas naturales, difiere en muy pocos meses), esperábamos encontrar las mismas características que íbamos aislando tanto a nivel de Rorschach como de la propia anamnesis.

Sin embargo, cuál es nuestra sorpresa al encontramos con dos protocolos muy cargados a nivel de funcionamiento psíquico. Ambas tenían la posibilidad de padecer un cáncer de mama. Pedimos los resultados a Anatomía Patológica y uno de los tumores era benigno y el otro maligno.

Nos encontrábamos en un punto en el que no sabíamos la influencia que podía tener el hecho de ser gemelas monocigóticas.

Dado que nuestra muestra disponía de otro par de gemelas monocigóticas se nos ocurrió plantear el presente trabajo.

## Terminología

Veremos, en primer lugar, unas definiciones clave en la exposición de nuestro caso.

- *Gemelos monocigóticos* (MZ): aquellos que provienen de la división de un único cigoto en dos embriones, posterior a la fertilización de un único óvulo por un único espermatozoide.
- *Tumor*: en sentido estricto, bulto o masa extraña.
- *Neoplasia*: proceso de formación de un nuevo tejido; puede ser benigna o maligna.
- *Cáncer*: neoplasia con criterios de malignidad.
- *Emoción*: estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión.

## Fratría gemelar

A lo largo de la historia de la humanidad, los gemelos no han pasado inadvertidos. Han sido objeto de curiosidad, de fascinación y hasta de rechazo por algunas culturas. En algunas tribus, su nacimiento era considerado un signo de buena suerte, en otras era percibido como una maldición.

La leyenda del gemelo bueno contra el gemelo malo es una leyenda muy arraigada que suele personificarse en las figuras de Rómulo y Remo, en los inseparables gemelos del mito de Cástor y Pólux, o en los eternos rivales Esaú y Jacob.

Aunque la mayoría de los gemelos llevan una vida plenamente individual, la unión a sus hermanos ejerce una influencia que varía en grados según las etapas de su vida.

Maxwell (2000) dice: "No es extraño descubrir que el grado de unión entre gemelos alcanza su punto máximo entre hermanas monocigóticas, seguidas de hermanos monocigóticos, mellizas y finalmente mellizos de diferentes sexos. Las mujeres, en tanto que grupo, son más susceptibles de recoger los beneficios de su unión."

## Psiconeuroinmunología

Es claro y está suficientemente demostrado por diversas investigaciones que la personalidad del sujeto y los estados emocionales inciden directamente en el sistema inmunológico y neuroendocrino.

Ya en los siglos XVIII y XIX se pueden encontrar hipótesis etiológicas de la enfermedad, vinculadas a aspectos relacionados con el temperamento y la personalidad, aunque es a partir de principios de siglo, y fundamentalmente de los años 50, cuando se empezó a indagar de manera científica sobre el papel que podían jugar en la aparición y desarrollo de la enfermedad variables de marcado matiz psicológico e inmunológico.

Influídos por la teoría de la vigilancia inmunológica propuesta por Burnet (1957), en el año 1985 Greer, Watson y Pettingale elaboran el modelo psicoimmunológico. Éstos consideran que los factores psicológicos mediatizan, de alguna manera, las respuestas ante acontecimientos estresantes. A los factores psicológicos los definen como dimensiones de personalidad, como estrategias de afrontamiento y como actitudes; sin embargo, lo que tienen en cuenta en su modelo es que algunas respuestas psicológicas, que emiten algunos individuos, les hacen vulnerables al *distress*. Dichos individuos "proclives al estrés" segregan más hormonas del estrés en el torrente circulatorio, las cuales influyen sobre el sistema inmunológico, disminuyendo sus funciones de defensa.

Este deterioro en la vigilancia inmunitaria impide que los componentes del sistema de defensa del organismo funcionen, inhibiendo la carcinogenesis o bien la reproducción de las células cancerígenas.

Es necesario examinar no sólo los factores psicosociales, como bien dice Ibáñez (1992), sino también sus relaciones con procesos fisiológicos que pueden mediar sobre la enfermedad.

A este respecto, la relación entre las variables psicológicas y el sistema inmunológico, sobre todo la actividad de las células NK, parece ser la forma en que la psicología y el cáncer llegarán, algún día, a comprenderse.

El cáncer de mama ha sido el más estudiado desde el punto de vista del impacto psicológico que produce.

Por otra parte, es casi con certeza el cáncer más estudiado desde la antigüedad. Ya en el siglo II de la Era Cristiana, Galeno observaba que esta enfermedad ocurría con más frecuencia en las



mujeres con temperamento melancólico, que en aquellas que poseían temperamento sanguíneo.

Cada vez aparece en personas más jóvenes y la mayoría no presenta ningún factor de riesgo. En la actualidad, la edad media de las afectadas se encuentra entre los 35 y los 50 años.

En España su incidencia ha aumentado un 40% en los últimos diez años, hasta el punto de que afectará a una de cada doce mujeres de distintas edades a lo largo de su vida, según afirma el doctor Antonio Sierra, coordinador de patología mamaria de la Asociación Española.

Los factores que pueden determinar su aparición pueden dividirse en cuatro grandes grupos: hereditarios, ambientales, conductuales y psico-emocionales. Cualquiera de estos factores es causa necesaria, pero ninguno por sí solo es causa suficiente.

La mayoría de los bultos del pecho son benignos; estos tumores, como pueden ser los fibroadenomas o los fibrocistomas, crecen de forma anormal pero no afectan a otros órganos, por lo que no ponen en peligro la vida.

El pronóstico de la enfermedad dependerá, en parte, de la intensidad del estrés y de las estrategias de adaptación.

## **Exposición del caso**

A continuación pasaremos a enumerar algunos datos significativos en la historia de nuestras pacientes. Denominaremos A1 y A2 a los sujetos que componen el primer par de gemelas y B1 y B2 a los correspondientes al segundo.

### *Sujeto A1*

- Tiene 43 años de edad y es la mayor de las gemelas.
- Estudió Farmacia y se casa a los 25 años, tras 6 años de noviazgo.
- Se quedó viuda a los 38 años.
- Su madre padeció un cáncer de mama y se le hizo una mastectomía en 1990.

### *Sujeto A2*

- Tiene 43 años de edad y es la menor de las gemelas.
- Durante su infancia sufrió diversos accidentes, apareciendo una tendencia muy clara a la somatización.
- Estudió Farmacia, aunque quería estudiar Bellas Artes.

- Se casó a los 32 años, tras 13 años de noviazgo.
- Su madre padeció un cáncer de mama y se le hizo una mastectomía en 1990.
- En la actualidad padece también un cáncer de mama.

#### *Sujeto B1*

- Tiene 49 años de edad y es la mayor de las gemelas.
- Cursó estudios elementales, obteniendo el Graduado Escolar.
- Contrajo matrimonio a los 26 años.
- Su madre, de 79 años de edad, goza de buena salud.
- El padre murió hace 5 años de un cáncer de hígado.
- Es diabética no insulino dependiente.

#### *Sujeto B2*

- Tiene 49 años de edad, es la menor de las gemelas y nació pesando 750 gramos.
- Cursó estudios elementales, obteniendo el Graduado Escolar.
- Contrajo matrimonio a los 24 años.
- Su madre, de 79 años de edad, goza de buena salud.
- El padre murió hace 5 años de un cáncer de hígado.
- Es diabética no insulino dependiente.

## **Análisis e interpretación de resultados**

### *Sujeto A1*

En el Rorschach presenta un tipo vivencial ambiguo. Destaca, en primer lugar, lo defendido que se encuentra. Su tipo de procesamiento es hiperincorporador y su pensamiento se manifiesta como evitativo, pero sin embargo fluido y fácil. Esta paciente quiere soluciones, no está interesada en los matices ni en las complicaciones (ver Tabla 1).

Los recursos de los que dispone están dentro de la media, y son suficientes para contener y manejar el sufrimiento que observamos en ella, claramente debido a los acontecimientos vitales estresantes que ha vivido (cáncer de la madre y de la hermana; muerte del marido; repercusiones psíquicas en los hijos; y culpa por el deseo de rehacer su vida, lo que supondría un distanciamiento de su gemela).

Esfera relacional	Esfera afectiva	Esfera del pensamiento	Esfera del funcionamiento nuclear
COP = 0	es = 8	FM = 2	EB = 3 4
AG = 0	es <sub>92</sub> = 6	An+Xy = 1	EA = 7 0
Isolate/R = 0 00	Sum C' = 1	Sum V = 0	EBPer = --
Sum H = 5	FC : CF+C = 4 : 2	Zd = +4 5	D = 0
Hpura = 1	Afr = 0 92	W : D : Dd = 6 : 11 : 6	D <sub>25</sub> = 0
Cg = 2	S = 4	W : M = 6 : 3	L = 1 30
	SumC' : WsumC = 1 : 4	Xu% = 0 20	DEPI = 4
	3r+(2)/R = 0 30	a : p = 3 : 3	CDI = 2
		M <sup>+</sup> : M <sup>-</sup> = 0 : 3	HVI = No
			A = 10

Tabla 1. Resumen variables Rorschach - Sujeto A1

En relación a su mundo emocional, encontramos que está abierta al afecto y parece ser que esto ocurre desde su infancia, pero creemos que se trata de una disposición más que de una conducta manifiesta.

Mantiene una actitud oposicionista estable hacia el entorno en el que habitualmente se desenvuelve, quizá como un intento de mantener su identidad separada de la de su hermana. Es capaz, como vemos, de expresar tanto lo positivo como lo negativo de sus sentimientos. No internaliza ni inhibe su irritación y diferencias.

Está interesada en la relación con el otro; eso sí, le va a costar establecer un vínculo estable y duradero, ya que aparece mucha ambivalencia y sentimiento de culpa frente a la separación de su gemela. Ella misma dice: "Estando juntas no nos hacen falta amigos". Y explica: "Mi marido murió hace 6 años. Era muy maduro, muy seguro de sí mismo, me ayudó a madurar, sabía querer bien porque te dejaba campo. Cuando murió, sentí que se me había ido mi compañero. Yo no lloraba, no podía llorar, era mi hermana la que lloraba, parecía la viuda. Yo quiero vivir, salir, vivir la vida, volverme a enamorar, pero en mi casa no lo entienden, son mis hijos los que me animan".

En resumen, podríamos decir que es una mujer que mantiene un equilibrio razonable a nivel psíquico, a pesar de sus disparadores internos de tensión.

**Sujeto A2**

Esta paciente presenta un tipo vivencial introversivo pervasivo, que le impide expresar sus emociones y manifestarlas en una relación madura (ver Tabla 2).

Esfera relacional	Esfera afectiva	Esfera del pensamiento	Esfera del funcionamiento nuclear
COP = 3	es = 17	FM = 6	EB = 5 : 2
AG = 0	es <sub>a,d</sub> = 15	An+Xy = 1	EA = 7 0
Isolate/R = 0 21	Sum C' = 4	Sum V = 1	EBPer = 2.5
Sum H = 7	FC : CF+C = 2 : 1	Zd = -4 0	D = -4
Hpura = 4	Afr = 0.46	W : D : Dd = 9 : 6 : 4	D <sub>ad</sub> = -3
Cg = 6	S = 5	W : M = 9 : 5	L = 0.46
	SumC' : WsumC = 4 : 2	Xu% = 0 32	DEPI = 5
	3r+(2)/R = 0.58	a : p = 10 : 3	CDI = 3
		M <sup>3</sup> : M <sup>2</sup> = 4 : 1	HVI = No (rasgos)
			A = 9

*Tabla 2. Resumen variables Rorschach - Sujeto A2*

Su sufrimiento interno es palpable, debido a sus estados de insatisfacción de necesidades básicas, que a la vez provocan un exceso de funcionamiento en su ideación periférica, manteniendo un repliegue e inhibición intensos, evitando y constriñendo.

Parecería que su salida fuera apoyarse en el otro, con una necesidad de contacto abusiva, no teniendo en cuenta al otro como otro, sino como aquel que debe solucionar todas sus necesidades.

La paciente es muy inmadura, sus recursos son excesivamente justos frente a la ambivalencia, la sobrecarga y el sufrimiento que presenta, lo que le hace vivir bajo una fragilidad teñida de muchos sentimientos de tristeza, inhibición y pesimismo.

No hay que olvidar, además, la descripción de esta mujer y su excesiva rigidez cognitiva, que conlleva una severa dificultad para el cambio. Le va a costar aceptar los puntos de vista del otro. Parecería que, a pesar del sufrimiento, está muy acomodada al lugar que ocupa en la vida.

Excesivamente autocentrada, interpreta las cosas en función de sus necesidades; quizá por ello desconfía del entorno, no esperando que nada bueno le venga de fuera, probablemente porque así evita separarse de su ámbito familiar y sobre todo de su hermana.

hermana es parte de mí” o “Haces de tu hermana tu amiga, tu cosmos siempre es tu hermana. Eso hace que los de fuera sientan celos, incluso mi madre”.

Estamos, pues, frente a una mujer que ha construido un pseudoself y se mantiene en un estado regresivo. Esto le lleva a una parálisis afectiva y a un funcionamiento de indefensión que le aporta, a pesar de todo el sufrimiento y malestar irritativo interno, mucha seguridad y un intenso beneficio secundario.

### Sujeto B1

Su tipo vivencial es introversivo pervasivo, como resultado de una inhibición y repliegue de todo su mundo afectivo, y de una sobrecarga que le conduce a un funcionamiento ineficaz (ver Tabla 3).

Esfera relacional	Esfera afectiva	Esfera del pensamiento	Esfera del funcionamiento nuclear
COP = 1	es = 9	FM = 4	EB = 4 : 1.5
AG = 0	es <sub>a,d</sub> = 9	An+Xy = 3	EA = 5.5
Isolate/R = 0.42	Sum C' = 1	Sum V = 2	EBPer = 2.7
Sum H = 4	FC : CF+C = 1 : 1	Zd = -5.0	D = -1
Hpura = 1	Afr = 0.36	W : D : Dd = 4 : 13 : 2	D <sub>37</sub> = -1
Cg = 1	S = 1	W : M = 4 : 4	L = 0.58
	SumC' : WsumC = 1 : 1.5	Xu% = 0.26	DEPI = 5
	3r+(2)/R = 0.21	a : p = 6 : 2	CDI = 5
		M <sup>a</sup> : M <sup>b</sup> = 2 : 2	HVI = No
			A = 8

Tabla 3. Resumen variables Rorschach - Sujeto B1

Con una vulnerabilidad crónica que le ha llevado a un déficit continuado en su desarrollo, ha acabado siendo una mujer inmadura, con muy pocos recursos accesibles. Se considera a sí misma como torpe: “Siempre he sido muy tonta, aunque siempre nos decían que yo era más inteligente”.

Su baja autoestima y su menosprecio por ella misma son significativos, a la par que su postura ante la vida. Le asusta cualquier cambio, manteniendo una actitud pesimista y negativa sobre lo que puede pasar, sobre todo frente a la posibilidad de sufrir las mismas enfermedades que su hermana ha padecido. “Ya de pequeñas, cuan-

do venía el médico a ver a mi hermana, le decía a mi madre: dale lo mismo a la otra, que luego lo tendrá ella”.

Su estilo de pensamiento es más práctico que teórico; busca lo fácil, lo obvio; todo esto nos hablaría de su fuerte tendencia a la estereotipia y rigidez perceptual-cognitiva.

Su propensión excesiva al aislamiento puede estar relacionada con la necesidad de que su hermana sea su mundo y sostén. “Como yo he vivido en un pueblo, mi hermana se encargaba de comprar la ropa para las dos, las dependientas se sorprendían de que comprase siempre dos cosas iguales”.

Se encuentra socialmente aislada, sin apenas contactos ni intercambios con el entorno, aunque esto no signifique que necesariamente esté inadaptada.

Como hemos observado en otros trabajos realizados con gemelos, esta paciente, en relación con su hermana y desde la infancia, siempre ha asumido el papel de sumisa y pasiva. “Mi hermana lo mismo que yo, mi mitad. No sé hacer nada sin ella”.

Igualmente, hemos aprendido que existen casos entre gemelos en los que, cuando uno de ellos nace con menos peso del exigido (su hermana, la paciente B2, nació con 750 gr.) y su infancia está marcada por diferentes enfermedades, llega un momento del desarrollo en el que se produce una inversión de papeles: el fuerte pasa a ser débil y el débil, el fuerte.

Nos encontramos, pues, frente a una mujer con un funcionamiento deficitario, compensado en la relación establecida con su hermana. Y así sobrevive, a pesar de sus rasgos de vulnerabilidad, fragilidad y aislamiento.

### *Sujeto B2*

Su tipo vivencial es extratensivo; curiosamente es capaz de expresar el afecto, pero inhibe sus miedos personales, no pudiéndolos compartir ni con su hermana. Ella se coloca como pilar y fundamento en esta relación. “Me gustaría que mi hermana no dependiera tanto de mí”, dice. (Ver Tabla 4).

Escasa en recursos, con demasiado sufrimiento interno y malestar irritativo intenso, lo que hace que su estructura sea vulnerable. Parecería que debe inflarse en su autopercepción, quizá para poder hacer frente a las demandas del exterior.

Esfera relacional	Esfera afectiva	Esfera del pensamiento	Esfera del funcionamiento nuclear
COP = 1	es = 14	FM = 4	EB = 2 : 4
AG = 1	es <sub>ajd</sub> = 11	An+Xy = 2	EA = 6
Isolate/R = 0.20	Sum C' = 3	Sum V = 2	EBPer = --
Sum H = 3	FC : CF+C = 2 : 3	Zd = -2.5	D = -3
Hpura = 2	Afr = 0,25	W : D : Dd = 9 : 10 : 1	D <sub>ajd</sub> = -2
Cg = 0	S = 2	W : M = 9 : 2	L = 0.43
	SumC' : WsumC = 3 : 4	Xu% = 0.10	DEPI = 5
	3r+(2)/R = 0.45	a : p = 6 : 3	CDI = 4
		M <sup>+</sup> : M <sup>o</sup> = 2 : 0	HVI = No
			A = 10

Tabla 4. Resumen variables Rorschach - Sujeto B2

Su autocentramiento es elevado, pero esto no es sinónimo de autoestima alta; está marcada por componentes de desvalorización asociados a procesos de introspección; su autocrítica es negativa, lo que coherentemente le lleva a fuertes sentimientos de desagrado y tristeza.

Es cierto que sus recursos son justos, sin embargo su complejidad psicológica es elevada, por ello le sobrepasa. Pero, como en la relación gemelar ha asumido el papel activo, debe negar sus sentimientos y necesidades para poder seguir desempeñando esta función asignada, así la relación está equilibrada y ambas pueden funcionar. "Yo, cuando miro las fotos antiguas, no sé cual de las dos soy". "Reñíamos mucho de pequeñas, pero enseguida estábamos juntas, como si fuéramos una persona."

Debido a la ya comentada pobreza de su nivel de recursos, necesita un apego excesivo a la norma, que también le puede servir para no quedar absolutamente "confundida" con su gemela.

En esta relación tan complementaria respecto a su hermana, esta mujer ejerce el papel de portavoz, modelo y guía, quedando en un segundo lugar la posibilidad de tomar conciencia de aquello que le hace ser tan frágil y vulnerable.

### Comparación de las dos parejas de gemelas

En los sujetos del presente estudio, podemos afirmar que el hecho de ser gemelas monocigóticas marca significativamente su funcionamiento psicológico. En ambos casos, encontramos una relación

muy intensa entre ellas. Como dice Carmen Rico Godoy (2001) en su novela *Fin de Fiesta*: "Si somos gemelas es porque, en realidad, somos una sola. En el origen sólo existe una y sólo una existirá".

Esta relación queda explicitada en sus vidas y en sus palabras; es en el Rorschach donde podemos observar su intento de individuación o sus lugares complementarios.

Las cuatro tienen un tumor en la mama, pero sólo una de ellas ha desarrollado un cáncer; podríamos pensar que en la segunda pareja se ha establecido una "simbiosis" que, aunque perturbadora en su contacto con el mundo, les ha permitido enfrentarse a la vida de manera suficientemente ajustada.

En la primera pareja, sin embargo, las diferencias son mayores. Mientras que una de ellas lucha por la vida y es capaz de estar abierta al afecto y de expresar su rabia, la otra ha quedado como la pequeña y débil, apegada a la madre; posiblemente, desde niña no ha conseguido construir canales sanos para enfrentarse a las dificultades de la vida y ha sido el cuerpo el campo de expresión de los conflictos. No nos olvidemos que a la madre le detectan un cáncer de mama un mes antes de su boda y que, desde pequeña, ha tenido migrañas y accidentes. Se acomodó a este lugar.

## Conclusiones

- Existe evidencia clara de que la personalidad de las pacientes y su valoración subjetiva de los acontecimientos vitales son factores clave en la adaptación al estrés.
- Es la respuesta del sujeto ante los acontecimientos importantes, y no tanto la cantidad y calidad de los eventos ocurridos, la que tiene que ver con la incidencia de la enfermedad.
- Existe una relación bastante directa entre la situación de estrés y el inicio de la enfermedad, siempre que concurren además uno o varios factores causales.
- Aunque, a nivel de personalidad, estos datos son alentadores para poder considerar la aparición, desarrollo o progresión de la enfermedad, se necesitan muchos más estudios encaminados a poder descifrar la importancia que pueden tener otras características genéticas y sociodemográficas.



## Bibliografía

- ANDREU, Y. (1996). "Patrón de conducta Tipo C". *Psico-oncología II. Publicaciones de European School of Oncology. Ámbito español 4*.
- BAYES, R. (1987). La prevención del cáncer. *JANO, XXXIII*, 783, 45-54.
- BURNET, F.M. (1957). "Cancer - a biological approach". *British. Medical Journal, 1*, 779-786.
- CANO-VINDEL, A.; SIRGO, A. Y PÉREZ MANGA, G. (1994). "Cáncer y estilo de afrontamiento", *Ansiedad y estrés, 1-2*, 101-112.
- GRAVES, R. (1997). *Los mitos griegos*. Buenos Aires: Lozada.
- GREER, S. Y WATSON, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer. Psychological considerations. *Social Sciences Medicine, 20*, 773-777.
- IBAÑEZ, E.; ROMERO, R. Y ANDREU, Y. (1992). Personalidad Tipo C. Una revisión crítica. *Boletín de Psicología, 35*, 49-79.
- LAZARUS, R. S. Y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- MARTY, P. (1989). *L'ordre psychosomatique*. París: Payot.
- MAXWELL, P. (2000). *Ser padres de gemelos, trillizos y más...* Barcelona: Océano.
- RICO-GODOY, C. (2001). *Fin de fiesta*. Madrid: Temas de hoy.
- SALVATIERRA, V. (1995). Repercusiones psicológicas del cáncer de mama. *Cuadernos de medicina psicosomática, 33*, 6-21.
- SEBASTIÁN, J.; MATEOS, N. Y PRADO, C. (2000). Eventos vitales estresantes como factores de vulnerabilidad en el cáncer de mama. *Rev. Ansiedad y Estrés, 6, 1*, 21-38.

Alicia Tamayo  
Almirante Fro. Romero, 7  
28040 Madrid

M<sup>a</sup> Luisa Plumed  
Virgen de Lourdes, 16  
28027 Madrid



## CASO FÍSICO O PSÍQUICO: TEST Y RETEST

*Consuelo Liberal Górriz*

### RESUMEN

En este trabajo se pretende mostrar el caso de una mujer, de 39 años de edad, que acudió a un Centro de Salud Mental derivada desde un servicio de neumología tras presentar un cuadro bronco-asfático de etiología desconocida. La demanda de ella era valorar si "hay parte física o psíquica".

Tras una exploración con distintos tests proyectivos se observa una situación interna caracterizada, principalmente, por una importante confusión y depresión, junto a una situación externa de soledad. Es diagnosticada de Trastorno somatomorfo indiferenciado (DSM-IV 300.81) y se le propone un espacio para acompañarla y pensar con ella (psicoterapia quincenal de orientación dinámica); al cabo de tres años se realiza un retest.

Aplicando los criterios de P. Erdberg (1999) sobre planificación del tratamiento a partir del Rorschach, se observó que la paciente poseía un *cluster* afectivo que hacía pensar en posibilidades de un trabajo psicoterapéutico (Suma de Clarooscuro > FM+m, DEPI > 4, Afr < 50 y CF+C > FC). También presentaba un *cluster* interpersonal con nulo aislamiento social; un *cluster* de autopercepción, muestra de una baja autoestima; y una tríada cognitiva que aconsejaría tratamiento psicofarmacológico, además de psicoterapia. La paciente no deseaba ningún psicofármaco porque constantemente tomaba tratamientos para sus pulmones (antibióticos, mucolíticos, corticoides, etc.).

En el retest se observan unos cambios interesantes, algunos importantes como el Lambda, que se han reducido (podemos interpretar que está menos defensiva). Otros cambios presentan ciertas

mejoras, como las que tienen que ver con lo afectivo: está menos deprimida, tiene mejor imagen personal y se encuentra menos confundida ( $M=0$ ). No obstante, mantiene toda una situación confusa y con defensas maniacas.

## ABSTRACT

The endpoint of this work is to show the case of a 39 years old woman who attended a Mental Health Centre sent from a Pneumologist consultation after suffering a broncho-asthmatic picture of unknown ethiology. Finding if "there were either a physical or a psychological part" was expected by the patient to be tested.

An internal situation mainly focused in an important confusional and depressive state beside an external situation of loneliness was observed after examination using different projective tests. She was diagnosed of Undifferentiated Somatoform Disorder (DSM-IV 300.81) and she was proposed to receive a space for company and to think with her (fortnightly psychotherapy of dynamic orientation). A retesting was carried out 3 years later.

Taking into account P. Erdberg's criteria on planning the treatment by means of the Rorschach test results, the patient was observed to have an affective cluster that could be worked (Sum Shading  $>FM+m$ ,  $DEPI > 4$ ,  $Afr < 50$  and  $CF+C > FC$ ), the interpersonal cluster showed no social isolation, the self-perception cluster indicated a low self-esteem and a cognitive triad advising the need of boths pharmacotherapy and psychotherapy. Drugs were refused by the patient because she very often received treatment for her asthmatic condition (antibiotics, mucolytics, corticosteroids, etc.).

Very interesting changes are observed in the retest. One of them is the decreased Lambda, which could mean that she is not as defensive as she was. Other changes suggest improvements regarding to the affective area: she is less depressive, she has a better personal perception and she is less confused ( $M=0$ ). Despite this results, a confused situation with manic defences is maintaining.

## Introducción

Cuando Trini llega por primera vez al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) tiene 35 años de edad; acude sola, llega veinte minutos tarde, sonriente y se sorprende de mi puntualidad.

De forma rápida, resume en su presentación: "tuve un virus de golpe y, a raíz de ahí, me vino un herpes en la boca y, de ahí, me bajó al pulmón. Quieren ver si hay parte física o psíquica... Hay que buscar un trabajo sentado, sin olores... Soy muy realista, tengo un hijo enfermo".

Trini venía de ser visitada por el jefe de servicio de un gran hospital de Barcelona. Me enseña su informe mientras explica que en dicho hospital le visitaron los psicólogos y le atribuyeron "origen físico a todo lo que le pasa". Pero, dada su etiología incierta, viene a exploración.

El cuadro físico comprende vómitos, pérdida de peso, caída de pelo, pérdida de uñas, tos con mucosidad y cansancio acompañado de ahogo.

Describe la sintomatología como algo muy conocido, con lo que convive desde hace dos años. Los problemas comenzaron en la fábrica de lacas donde trabajaba y, según le dijeron, el detonante fueron los *sprays*. Los episodios somáticos los inicia con dolor en el pecho, seguido de mucosidad "de todos los colores".

Le comento el hecho de que se ría, pese a la situación que describe. Contesta: "lo tomo a pitorreo". Y de aquí pasa a explicar antecedentes familiares, como que su hijo ha estado enfermo desde que nació por un déficit de una defensa localizada en la saliva; que su padre murió del pulmón, o que tiene sobrinos con alergias y asma. De forma más seria dice: "me he acostumbrado a la enfermedad, pero quiero una solución. Yo estoy sola con mi hijo y tengo que sacarlo adelante".

Habla de su soledad y le pregunto por la separación de su marido, respondiendo: "fue hace dos años, al caer enferma; mi marido no soportaba ver a su hijo enfermo y cuando caí yo lo hablamos y nos separamos".

Al completar el genograma dice que su padre murió de un infarto (antes dijo que del pulmón) y añade: "entonces sí que pasé una depresión". Sigue diciendo que lo del marido no le dolió, pero la muerte del padre sí.

La madre inició una segunda convivencia antes de cumplirse un año de la muerte del padre, pero luego se distanció; su madre la

culpaba a ella de la separación conyugal. Trini, además de admitir que no le guarda rencor, dice: "rezo por mi madre, la quiero mucho", y en ese momento llora. Pero rápidamente se repone y habla del siguiente modo: "de todo se aprende, quiero mi meta y dársela a mi hijo". No entiendo a qué se refiere, pero continúa: "no me gusta hablar de eso, a la gente hay que darle alegría". Así acababa nuestra primera entrevista.

Su sintomatología era compatible con el diagnóstico de Trastorno somatomorfo indiferenciado (DSM-IV 300.81).

En un principio, atendí a su demanda de evaluación psicológica. La exploración consistió, por este orden, en: administración de gráficos, Phillipson y Rorschach.

De los gráficos, me llamó la atención la confusa historia del animal: "es un sueño, es una realidad, es una mezcla; que un chiquillo quiere tener para ser igual que él, como perro, como lobo, pero animal, donde se defienda y lo quieran; por eso Ernesto quiere ser como este perro, que es lobo pero perro, y noble y cariñoso, *asín* quiere ser él y que lo quieran como a los animales, pues lo mismo a él". El relato corresponde al sueño de su hijo.

En el Phillipson, comienza y acaba las historias recordando a su padre; en la primera lámina refiere recordar la infancia, la presencia del padre y el dolor de la pérdida, que cree superado; mientras, en la última, trata el sueño de su padre de otro modo: "para él la familia era fundamental".

El Rorschach, la última prueba administrada, muestra en el resumen estructural que tanto el índice de esquizofrenia como el de depresión son positivos; la estrategia de interpretación del mismo se inicia con la ideación.

Trini presenta un discurso verbal incoherente muchas veces; su percepción es inadecuada (X+% y X-%) y tiene alterado su pensamiento (M- y F. Especiales), con distorsiones graves, principalmente al encontrar el color, y aparecen respuestas en relación al cuerpo, dolorosas, locas y distorsionadas. Sin embargo, sus relaciones interpersonales resultan aceptables, desde el punto de vista social, así como su conocimiento de las normas convencionales.

Todo ello, y junto al hecho de que no presenta, desde un punto de vista clínico, ni delirios ni alucinaciones, nos hace pensar que no estamos frente a una esquizofrenia, entendida según el DSM-IV.

Trini tiene cierto recelo en las relaciones (MOR), temiendo que todo salga mal. En la respuesta de la lámina IX, se puede apreciar una representación de lo que podríamos llamar su mundo interno;

en ella, dice ver "lo mismo pero al revés y con más fuerza". En el interrogatorio dice: "sí, pero aquí no hay animales, soy yo misma, lo que estaba arriba está abajo y al revés; con muchas ganas de vivir, la parte de aquí necesitaría, que es la que más le cuesta, pero ya tiene forma".

Por el EB ambiguo podemos pensar que, a veces, toma decisiones desde el pensamiento y otras desde los afectos; en otras ocasiones, las decisiones son contradictorias.

Su pensamiento es pasivo (a:p; Ma:Mp), recurriendo a las fantasías. Pese a tener deslices cognitivos importantes (F. Especiales), presenta, como mecanismo defensivo a destacar, la intelectualización (AB, Hx), y la utiliza para negar emociones.

Su Lambda, algo elevado, nos hace pensar en alguien que restringe los campos estimulares que son percibidos como complejos; tiene poca motivación para procesar, pero intenta abarcar más de lo que puede (W elevada y W:M).

Aunque muestra una capacidad de control y de estrés adecuada (Adj D=+1), el hecho de que presente controles resistentes frente a situaciones de estrés le hace ser una persona difícil de tratar, porque estos recursos son defensas para evitar el malestar que acompaña al crecimiento o al cambio; esto se confirma, según la interpretación que hace de ello Exner (1994), a través de un índice de habilidades de CDI<4.

En cuanto al afecto, el índice Depi=6 indicaría una gran problemática afectiva. Presenta bastante irritabilidad (lado derecho eb=2:4). Se esperaría que el Afr en sujetos ambiguos fuera entre .50 y .80, pero Trini lo tiene por debajo, por lo que podemos pensar en alguien incómodo ante las emociones y que puede llegar a aislarse. Sorprendentemente, Trini no lo está, desde un punto de vista social.

El hecho de aparecer C e Y puras al mismo tiempo en un determinante múltiple indica una confusión emocional.

Finalmente, en cuanto a la autoestima (3r+(2)/R), presenta una imagen de sí misma peor de la que tienen los demás; una imagen teñida de rasgos negativos (3 MOR) y con preocupaciones corporales (2 An). Tiene poca conciencia de enfermedad, es poco introspectiva y sus preocupaciones más íntimas serían sobre su salud (pulmón, cuerpo humano); además, tiene un sentimiento depresivo (algo roto), pero todo ello intelectualizado.

Siguiendo los criterios que Erdberg (1999) expuso para planificación del tratamiento con el Rorschach, podríamos pensar que Trini

quiere soluciones y respuestas, y que no está interesada en pensar matices ni complicaciones ( $L=1.50$ ).

La suma de claroscuro es mayor que  $FM+m$  ( $4>2$ ), Depi es mayor que 4, Afr es  $<.50$  y  $CF+C>FC$ ; todo ello son indicadores afectivos que está investigado que pueden cambiar con psicoterapia. La medicación podría ayudar al claroscuro y Depi, es decir, mejorar ese sentimiento triste y negativo. Pero ella la rechazó.

No estaba aislada ( $Iso=0$ ), no estaba interesada en las personas ( $H<2$ ), no había índice de narcisismo positivo, había las 3 MOR que indicaban dolor y preocupación por el cuerpo (2 An), y existía una mala autoimagen ( $3r+(2)/R$ ). La tríada cognitiva ( $X+\%$ ,  $X-\%$ , M- y F. Especiales) hacía pensar en medicación –otra vez– y en terapia relacional. El elevado índice de intelectualización pronosticaba su mejora con psicoterapia psicodinámica.

Por tanto, sabía que Trini no quería tratamiento psicofarmacológico, pues tomaba bastante de otro tipo; sabía también que no tenía conciencia de enfermedad, ya que en casos de somatización el paciente percibe lo nervioso como un equivalente a que no tiene nada, que él se lo provoca y, por tanto, no es fácil de aceptarlo. Así que, teniendo en cuenta los resultados de los tests y las características de Trini, pensé qué podía decirle y qué podía ofrecerle.

En cuanto a los resultados, le concreté lo que me parecía más fácil de entender para ella: por una parte, que tenía dificultades en su pensamiento y que ella misma ya aceptaba que se explicaba mal y se confundía; por otra, que estaba deprimida, que lo había pasado muy mal en su vida (con la enfermedad del hijo, la muerte del padre y el divorcio del marido), y que la veía sola. Le propuse un espacio para pensar juntas, que sería cada quince días. Y aceptó.

No entré en la enfermedad. En casos con sintomatología somática, siempre procuro tener la certeza de que les atienden bien los especialistas correspondientes y, en este caso, no tenía duda alguna pues sabía que había ido a tres hospitales distintos por el mismo motivo. Sin embargo, en muchos momentos, su propia confusión y su presentación clínica –tan fluida en cuanto a bronquios– hicieron tambalear mi impresión de que realmente alguien debía atenderla.

Llevamos más de tres años trabajando. Para un caso tan grave, una terapia quincenal es muy poco; aunque, considerando que estamos en un centro público, hasta podría ser aceptable.

La tónica de las sesiones en la actitud de Trini ha sido venir defendida, con una gran coraza, intelectualizando y mostrando cómo



veía ella las cosas, con sus correspondientes respuestas, y manteniendo ese lenguaje —a veces confuso y a veces vacío— la mayor parte del tiempo.

No obstante, en algunos momentos, Trini ha podido bajar la guardia, permitiendo que mis palabras hicieran algo de brecha en su dura coraza. Ha sido entonces cuando se ha desmontado y se ha puesto a llorar, presa de rabia o de desesperación.

Es sorprendente su dificultad para recordar. Apenas ha hablado de amigos, de su infancia, de su economía, de su situación laboral, etc. La mayor parte del espacio que hay en su cabeza lo ocupan su hijo, su madre y su hermana, por este orden.

Al cabo de tres años me pregunté si, en verdad, estábamos avanzando y le propuse volver a pasar el Rorschach; aceptó y su administración fue a cargo de una compañera.

El retest es algo distinto del primero. En primer lugar, se observa la Lambda más baja, lo que nos hace pensar que está más abierta a todo tipo de estímulos. Sin embargo, Trini está más encerrada, en el sentido de expresar sentimientos y pensamientos (EB), y eso hace que sus habilidades sociales se hayan empobrecido (CDI=4).

En segundo lugar, se han modificado todos aquellos parámetros que, siguiendo los criterios de Erdberg, eran modificables. A saber, Claroscuro, Depi, Afr, CF; es decir, todos aquellos referentes al *cluster* afectivo. Por ello, se puede pensar que está menos deprimida (Depi=4), pero al mismo tiempo está más enfadada (S=5).

Su autoestima ha mejorado, puesto que el  $3r+(2)/R=0.33$  se halla en los límites de la normalidad. Pero el hecho de conseguir más introspección parece unido a un peor sentimiento de sí misma, puesto que han aumentado las MOR (4) y ha aparecido más preocupación por el cuerpo, pues también han aumentado las Anatómicas (5).

Su modo de procesar parece algo más sereno, más comprometido ( $v=1$ , antes  $v=7$ ) y su pensamiento ya no está tan refugiado en la fantasía sino que parece estar menos pasiva aunque, cognitivamente, más rígida (a:p, Ma:Mp). Ahora bien, su pensamiento sigue siendo distorsionado ( $X+\%$ ,  $X-\%$ ) y muchas veces fuera de la realidad, aunque con menos patinazos ( $M=0$ ).

Ha disminuido un poco la intelectualización (en 1998 eran 10 AB y 7 Hx, mientras que en el 2.001 resultaban 8 AB y 5Hx).

Quizá puede observarse el pequeño cambio en la lámina IX; en esta segunda ocasión dice: "como una bombona de butano, que está abierta y vacía, como si la válvula se hubiera abierto y está menos

pálida. Está abierta con fuerza, con buen color, la bombona se ha aflojado y se ha abierto”.

Trini es una persona con una estructura de personalidad que recuerda la de tipo histérico; se presenta con ansiedades confusionales y, a veces, presenta ansiedades de desconfianza, de recelo. Se maneja con defensas propias de estados maniacos, como control, triunfo, desprecio, omnipotencia e intelectualización. No pide ayuda psicológica, aunque no la rechaza cuando se le ofrece y acepta, desde su desesperación, buscar salida a una vida muy atormentada. Al sentir sus pequeñas mejoras puede empezar a valorar el espacio que se le ofreció, pero sigue siendo seria su patología.

## Bibliografía

- APA (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson, 1995.
- ERDBERG, P. (1999). *Apuntes del Seminario sobre Planificación de Tratamientos Psicoterapéuticos*. Sant Boi de Llobregat.
- EXNER, J.E. (1990). *Manual para el sistema comprensivo*. Barcelona: Sociedad Catalana del Rorschach y Métodos Proyectivos.
- EXNER, J.E. (1994). *El Rorschach. Un sistema comprensivo*. Madrid: Psimática.
- KAPLAN, H. Y SADOCK, B. (1989). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ed. Salvat.

Consuelo Liberal  
Mallorca, 81, 3º 3ª  
08029 Barcelona

## **EL ÍNDICE DEL DESNUDO EN LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS GRÁFICAS EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL**

*Jesús de Felipe Oroquieta y Pilar Ortiz Quintana*

### **RESUMEN**

En el dibujo de las figuras humanas, la no utilización de ropa que cubra las áreas relacionadas con la sexualidad es muy infrecuente y, por ello, se convierte en un elemento de interés para el diagnóstico diferencial. El objetivo del trabajo consiste en revisar los protocolos de los pacientes con daño cerebral que presentan el índice del desnudo y analizar los rasgos comunes del subgrupo. De un total de 235 protocolos gráficos de pacientes con evidente daño cerebral, el índice del desnudo se encuentra en 21 casos (9%). Un elevado número de ellos presenta disfunciones en áreas frontales (15 casos, el 52,3%). El trabajo incluye una reflexión sobre el índice del desnudo como expresión de falta de represión y se vincula a las denominadas en neuropsicología disfunciones ejecutivas, observadas en pacientes con alteraciones en áreas frontales. También se analizan algunos protocolos de pacientes antes y después de una intervención quirúrgica cerebral.

### **ABSTRACT**

In human drawings, the lack of cloths which cover areas related with sexuality is unfrequent and it becomes an element of interest in differential diagnosis. The aim of this study is to revise the protocols of those patients with brain damage which present the nude index and

analyze the common characteristics of this subgroup. 21 (9%) graphic protocols from a total of 235 patients with evident brain damage, show the nude index. 15 of them (52%) present disfunction of frontal areas. The nude index is thought over as an expression of lack of repression and is linked to the denominated in neuropsychology executive disfunctions. They are observed in patients with alterations in frontal areas. Some patients protocols are analyzed before and after brain surgery.

## Introducción

Durante la aplicación de una batería de tests psicológicos a pacientes con daño cerebral, observamos que uno de ellos, tras una intervención quirúrgica cerebral, dibujó una figura humana desnuda, sin ropa que cubriese el área genital y, además, presentaba desinhibición en su comportamiento. Dicho paciente no mostraba el índice del desnudo en la evaluación prequirúrgica.

En la experiencia clínica es muy inusual encontrar desnudos en las técnicas proyectivas gráficas. La aparición de dicho índice en el dibujo de la figura humana nos sugería la existencia de desinhibición, graves daños estructurales en la represión o alteraciones en la identidad sexual. Por ello, nos planteamos recoger los protocolos de otros pacientes que habían dibujado el desnudo para tratar de entender el sentido o, quizá mejor, el sin-sentido (sin contenido reprimido) del índice del desnudo en las técnicas proyectivas gráficas.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica y revisar los manuales clásicos sobre técnicas proyectivas que permitiesen comprender el índice del desnudo, se encontraron breves referencias.

Grassano de Píccolo (1977) lo considera como un componente diferencial de la esquizofrenia en los dibujos de la figura humana: "Órganos sexuales: Indicados. Pueden verse órganos internos" (pp. 236). Sin embargo, en otra publicación, Grassano de Píccolo (1987) muestra un protocolo con el índice del desnudo (caso nº 53, pp. 356) como ejemplo ilustrativo del mecanismo de regresión en las técnicas proyectivas gráficas y lo entiende, en ese caso particular, como un fracaso del desplazamiento y la necesidad de apelar al exhibicionismo sexual directo. La autora, por tanto, plantea el aquí denominado índice del desnudo como un referente diferencial estructural de la psicosis o defensivo.

Koppitz (1984) también encuentra el dibujo de los genitales en estudios normativos con población infantil en porcentajes del 0,7% en niños y niñas desde los 5 hasta los 9 años de edad. Además, observa una mayor frecuencia del dibujo de genitales en los niños frente a las niñas (8 a 2) y a partir de los 10 años de edad no aparece en ninguno de los protocolos. En un grupo de 76 niños con problemas emocionales encuentra dibujos de genitales en un 2,6% (2 niños).

No se han encontrado referencias al índice del desnudo como un posible referente a disfunciones de tipo neurológico.

Con la neuropsicología, el análisis semiológico de los trastornos cognitivos permite proponer una sistematización sindrómica de la disfunción, identificar un sustrato lesivo y, además, formular hipótesis sobre la topografía de la lesión cerebral. La neuropsicología divide cada función superior, compleja, en sus componentes cognitivos específicos, más básicos, y trata de correlacionarlos con áreas anatómicas a través de instrumentos de diagnóstico aplicados en la medicina (e. g., Resonancia magnética funcional –RMF–, Tomografía por emisión de positrones –PET–, Tomografía por emisión de fotón único –SPECT–). Los traumatismos craneoencefálicos y dichas técnicas diagnósticas han permitido asociar déficits cognitivos específicos a áreas cerebrales concretas. En los párrafos siguientes se verán algunas disfunciones cognitivas asociadas a áreas temporales y frontales.

Con relación a las disfunciones temporales, Martín, Maestú y García de Sola (1997), en un estudio de 41 pacientes epilépticos del lóbulo temporal, observan que la función que muestra mayor deterioro es la memoria. Sin embargo, las alteraciones mnésicas en la mayoría de los pacientes (43%, n=18) eran bimodales y en un bajo porcentaje unimodales (n=2, 7% verbal; n=2, 7% visuoespacial). Además, observan déficits en la capacidad visoconstructiva y en el lenguaje, siendo el parámetro más comprometido la capacidad de denominación. El resto de manifestaciones neuropsicológicas aparecen en proporción mínima. Tras la resección quirúrgica del lóbulo temporal, observan resultados clínicos y cognitivos globales muy satisfactorios en las fases postquirúrgicas. Los pacientes con peor pronóstico neuropsicológico postquirúrgico serían aquellos pacientes con CI alto, con preservación de funciones mnésicas y de edad media en la fase prequirúrgica. Los 41 pacientes evaluados neuropsicológicamente obtienen los siguientes resultados postquirúrgicos: 23 (56%) mostraron diferencias significativas res-

pecto a la evaluación prequirúrgica en las pruebas de memoria y no en el resto de las funciones evaluadas (e. g., atención, función ejecutiva, praxis, gnosia digital, lenguaje, cálculo); 15 (36%) presentaron una mejor ejecución de las funciones mnésicas relacionadas con áreas contralaterales al hemisferio donde se había producido la resección (la resección derecha mejora en la memoria verbal, la izquierda en la visuoespacial).

Teniendo conocimiento de que los lóbulos frontales son los que se desarrollan ontogenéticamente más tarde, se considera que hasta los 13 o 14 años no finalizan, a grosso modo, las funciones cognitivas propias de los lóbulos frontales. Sin embargo, Stuss (1992) afirma que aunque la maduración cerebral está completa en la pubertad, existe evidencia de un continuo desarrollo en años posteriores y no sólo en el córtex prefrontal sino también en áreas de asociación parietales y temporales.

Dawson, Panagiotides, Klinger y Hill (1992) plantean que durante los dos primeros años de vida, coincidiendo con un gran desarrollo de los lóbulos frontales, se constituyen importantes avances en la regulación emocional.

Las lesiones tempranas en las áreas prefrontales pueden dar lugar a trastornos conductuales demorados en el tiempo, apareciendo incluso años después de la lesión. En jóvenes con daño cerebral en dicha zona se encuentran problemas de socialización, despreocupación, impulsividad, intolerancia a la frustración, agresividad e incluso trastornos antisociales como las conductas delictivas.

La mayoría de las funciones del lóbulo frontal se agrupan bajo el término de *funciones ejecutivas*. Gil (1999) plantea que los trastornos de la denominada personalidad frontal se deben a las relaciones del lóbulo frontal con el sistema límbico y a las estructuras que regulan las manifestaciones de la vida emocional. Para el autor, en la vertiente eufórica, puede ser expansivo, ingenuo y despreocupado, provocando a veces un comportamiento de cariz hipomaniaco que produce la "moria", con su cortejo de bromas tontas o cáusticas a veces hasta eróticas o groseras. Las disfunciones en áreas orbitales suelen acompañar la euforia, desinhibición, irritabilidad, estado maniaco, impulsividad, distractibilidad, dependencia del contexto y sociopatía, lo que sugiere la falta de inhibición de los lóbulos frontales sobre el resto del sistema nervioso.

Según las teorías más actuales, los sistemas neuronales frontales son los mediadores de la introducción de la cultura y de la con-

ducta social, de la flexibilidad del pensamiento y acción, de la conducta adaptativa y del logro de metas (Eslinger y Damasio, 1984).

La inhibición del sistema límbico –territorio de la afectividad para los neuropsicólogos– lleva su tiempo y, necesariamente, tiene que ver con el aprendizaje en la edad temprana y con las vivencias familiares o vinculaciones afectivas estructurales de la construcción del aparato psíquico. No hay que menospreciar el papel genético y biológico determinante, pero tampoco el papel vivencial y el desarrollo cultural, afectivo y social en la temprana infancia sobre el control del sistema límbico, de la impulsividad, de la afectividad, de la pulsión. El déficit de inhibición implicaría un déficit en la construcción de los mecanismos de control o bien la pérdida del control una vez construido (e. g. lesión cerebral).

¿Qué podría expresar el índice del desnudo en estos pacientes? Dibujar un cuerpo desnudo lleva implícito un desplazamiento, la producción de una figura icónica del propio cuerpo. Es como si expresase “mi cuerpo está desnudo, mi cuerpo es así, desplazo mi cuerpo en esta figura icónica”. Tal expresión no produce una imagen más o menos metafórica del cuerpo, donde éste y la ropa se funden en un sujeto social “cuerpo-ropa, actitud social” con el que relacionarse, el cuerpo es uno y el sujeto social es otro. En este sentido, se limita a un desplazamiento, donde las representaciones de su cuerpo, la riqueza asociativa, el bagaje representacional y los mecanismos defensivos de la neurosis no se encuentran y, en su lugar, aparece un vacío, un hueco, la desnudez, una pérdida de investimento. Más la expresión de una carencia o pobreza estructural y desplazamiento, que la evocación de una defensa o conflicto neurótico.

Presentar la desnudez en los gráficos implica mostrar la no-socialización, el no estar normativizado, una falta de incorporación simbólica de las normas sociales. Salvo en situaciones muy específicas, como las relaciones sexuales, la relación no es cuerpo a cuerpo con los demás, es el cuerpo-vestido o cuerpo *socialmente* aceptable el que entra en el juego del encuentro intersubjetivo. Ese cuerpo-vestido es el cuerpo que acepta las reglas del juego social, es decir, de la neurosis.

El continuado impacto sobre lo real del cuerpo (e. g. enfermedad neurológica, metabólica, electrofisiológica), podría implicar la no-creación o bien la disolución de la imagen social construida, del investimento representacional. Una puesta a cero en la carga libidinal

desde el punto de vista económico, una descarga desinhibida y una reorganización en los otros dos registros, imaginario y simbólico. La desnudez como desinhibición, tras el impacto de lo real del cuerpo y el proceso pulsional implícito, supondría una indagación sobre su ser inicial asexuado: ¿quién soy?

El índice del desnudo podría implicar una respuesta sobre su ser inicial que vendría dada por la fascinante evocación de aquel momento en el que uno fue fusionado, vinculado pasivamente, esas mamas o la cicatriz del ombligo, elección no azarosa que constata, señala, anhela aquella prehistórica ligazón, cuerpo a cuerpo.

## **Planteamiento del problema**

Tras comprobar que un subgrupo de protocolos presentaba el índice del desnudo en los dibujos de la figura humana, se decidió recoger los datos y tratar de describir la muestra como punto inicial de investigación para comprender el lugar del índice en el diagnóstico diferencial psicopatológico. No se encontraron datos en la bibliografía que permitiesen analizar el valor de dicho índice pero se consideró que podría ser valioso su análisis no sólo por su infrecuencia, sino también por la clara expresión de una alteración psicopatológica y/o un posible indicativo de una disfunción asociada al daño cerebral (estructural o funcional).

Se trata de pacientes con evidente disfunción cerebral, no necesariamente con disfunciones estructurales en el Sistema Nervioso Central, como aquellos detectados gracias a la RM, pero sí evidencias, con otros procedimientos médicos diagnósticos (electroencefalograma –EEG–, SPECT, en algunos casos PET y el estudio neuropsicológico) que permiten detectar anomalías funcionales en el cerebro y realizar, junto a la historia clínica, el diagnóstico médico de epilepsia farmacorresistente.

## **Método y procedimiento**

### **1. Sujetos**

De un total de 235 protocolos de pacientes con daño cerebral y con el diagnóstico de epilepsia, fueron seleccionados aquellos protocolos



que presentaban el índice del desnudo en el dibujo de la figura humana. El índice se contabilizaba cuando presentaban alguna parte del cuerpo que en la realidad se suele encontrar cubierta por ropa, es decir, todas las partes del cuerpo a excepción de la cara, el cuello, las manos y las piernas (para la figura femenina).

Fueron seleccionados 21 protocolos que cumplían el índice del desnudo. Sin embargo, tres tenían menos de 18 años y otros dos presentaban el índice después de una intervención quirúrgica cerebral y no antes, por lo que se decidió diferenciar entre el subgrupo de 16 y los 5 pacientes restantes.

El grupo lo componen 16 pacientes (12 hombres y 4 mujeres) con una media de edad de 31 años ( $M=30.8$ ;  $DT=9.5$ ; mínimo=18, máximo=49). Todos ellos con estudios primarios, a excepción de cinco que no tienen el graduado escolar finalizado. El mínimo nivel alcanzado es 5º de EGB y el máximo son estudios superiores (sin finalizar).

Los cinco protocolos no incluidos en el grupo anterior lo componen tres pacientes (2 hombres y una mujer), dos de 16 años de edad, en 7º de EGB; y un varón de 14 años, en 5º de EGB. Otros dos pacientes, varones, uno de 26 años con estudios primarios y otro de 27 años con 1º de BUP, fueron evaluados después de ser intervenidos quirúrgicamente en el lóbulo temporal.

## **2. Procedimiento e instrumentos utilizados**

Todos los pacientes fueron evaluados con una batería de tests psicológicos en los que se incluía una entrevista clínica, Bobertag, Rorschach, MMPI y el HTP. En este estudio sólo se analizan los datos de las Técnicas Proyectivas Gráficas (HTP). Por otra parte, también se recogieron los datos médicos disponibles (Historia clínica, EEG, RM, SPECT).

Algunos fueron evaluados de nuevo con la misma batería, aplicada en unos casos como medida de control tras un periodo no inferior a seis meses y en otros después de ser intervenidos quirúrgicamente.

Para el análisis de los datos se consideró un grupo de 21 pacientes de la muestra general, que fueron seleccionados al azar como grupo de control. Se han calculado para el estudio los estadísticos descriptivos básicos y una diferencia de proporciones entre el grupo de control y el grupo de estudio con una alfa de dos colas a 0.05.

### 3. Resultados

#### a) Datos referentes a la medida previa

Los hallazgos del EEG, RM y SPECT coinciden con los de la bibliografía de la epilepsia en indicar una mayor predominancia de disfunciones cerebrales en áreas temporales. En ocho pacientes (n=8, 50%) se encuentran, además, disfunciones frontales: tres en el hemisferio derecho, cuatro en el izquierdo y uno bilateral. También se encuentra un paciente con disfunción en el área parietal. En el resto de sujetos se encuentran disfunciones exclusivamente temporales.

Sin embargo, al considerar el índice del desnudo en la muestra general (n=21), el porcentaje aumentaría al 57% (n=8+4) si se añadiesen los cuatro sujetos con disfunción frontal (tres en el hemisferio derecho, uno en el izquierdo) de la muestra infantil y los pacientes intervenidos quirúrgicamente del lóbulo temporal (uno con disfunción frontal añadida). Al considerar la muestra general, seis tendrían disfunción frontotemporal en el hemisferio derecho, cinco en el izquierdo y uno bilateral.

De una muestra aleatoria de 21 casos extraídos del grupo general de epilépticos, aparecieron los resultados médicos (EEG, RM, SPECT) de 20 pacientes con el diagnóstico de epilepsia del lóbulo temporal y uno con disfunción parietal. Si se consideran los temporales y los que tenían también añadido al diagnóstico de epilepsia del lóbulo frontal o frontotemporales y los extratemporales, quedarían los siguientes porcentajes (ver Tabla 1).

En el grupo control sólo cuatro pacientes tenían disfunciones frontales añadidas a la lesión temporal y ninguno de ellos dibujó el índice del desnudo.

	Índice desnudo n=21	Grupo control n=21	Poder estadístico
<b>Temporales</b>	8 (38%)	16 (76%)	
<b>Frontotemporales</b>	12 (57%)	4 (19%)	0.73
<b>Extratemporales</b>	1 (5%)	1 (5%)	

Tabla 1. Diferencia de porcentajes entre el grupo experimental y control.

Tras realizar una diferencia de proporciones se obtuvo una  $p=0.026$  y un poder estadístico del 0.73 y, por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se admite la alternativa con una muy aceptable probabilidad. Es elevada la proporción de pacientes que presentan una disfunción frontal y realizan el índice del desnudo. Por tanto, la disfunción frontal y la desinhibición asociada sería una hipótesis a tener en cuenta tras el hallazgo del índice del desnudo a la hora de interpretar los resultados en técnicas proyectivas gráficas.

Entre los índices del desnudo del grupo, se encuentran las siguientes frecuencias:

Muestra de estudio (n=16):

- Pechos: 8 (ver figura 1)
- Ombligos: 3 (ver figura 2)

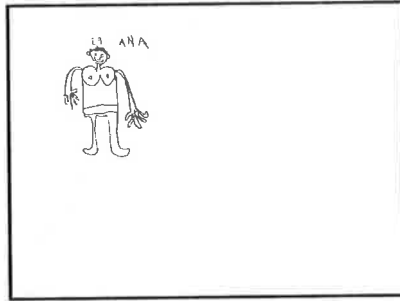


Figura 1. Ejemplo representativo del dibujo de los pechos

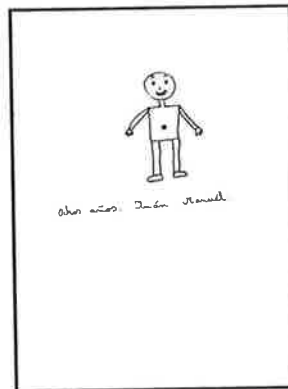
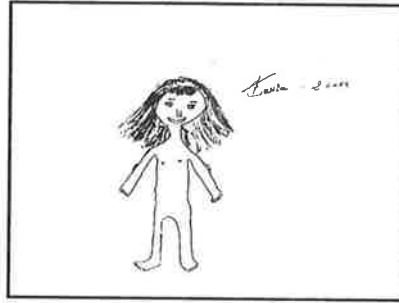


Figura 2. Ejemplo representativo del dibujo del ombligo

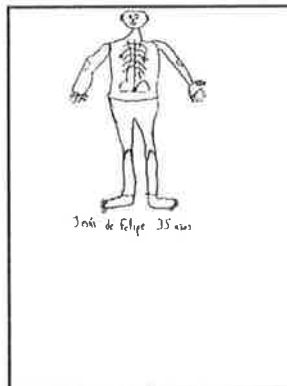
- Genitales: 2 (ver más adelante figuras 9 y 10)
- Pies descalzos: 1 (ver figura 3)
- Torso descubierto: 1
- Ombligo y pies descalzos: 2
- Pechos y pies descalzos: 1



*Figura 3. Ejemplo del dibujo que presenta los pechos, los pies descalzos y los codos*

En los menores de 18 años (n=3):

- Ombligo: 1
- Pecho: 1
- Anatomía: 1 (ver figura 4 y más adelante las figuras 15 y 16)



*Figura 4. Ejemplo de anatomía. Al preguntar al paciente, aclaró que trataba de dibujar la columna vertebral y el abdomen*

En los que habían sido operados (n=2):

- Pies descalzos y ombligo: 1
- Pies descalzos, ombligo y anatomía: 1 (ver figura 4)

Los dos índices más frecuentes en la muestra son, por lo tanto, los dibujos de los pechos en la figura femenina y el ombligo en ambas figuras. También es más frecuente el desnudo en la figura femenina, pese a ser la gran mayoría pacientes varones.

Con relación a los déficits neuropsicológicos encontrados, coinciden en señalar déficits mnésicos con material verbal, déficits en el lenguaje (anomias, fluencia verbal) y/o con material visuoespacial.

La mayoría de los pacientes presentan déficits mnésicos bimodales (material verbal y visuoespacial), predominando uno u otro material en función de la localización del foco lesivo epileptógeno en el hemisferio dominante para el lenguaje (normalmente el izquierdo, material verbal; también el derecho, material visuoespacial), valorados mediante las Escalas Weschler de Memoria (WMS-R). Las disfunciones ejecutivas son valoradas generalmente en estos pacientes mediante el Test de Stroop y el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. Los resultados coinciden con la localización aportada por las pruebas médicas, en la mayoría de los casos.

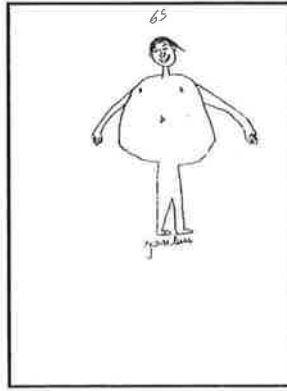
### ***b) Datos referentes a la medida post***

Al considerar los protocolos de los pacientes que habían sido evaluados antes y después de la intervención quirúrgica se dividieron en tres subapartados, en función de los cambios:

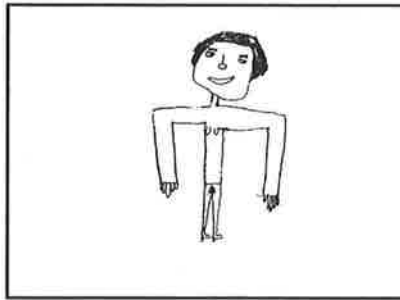
#### *Cambios negativos*

· Protocolo 11. Antes de la intervención, el paciente presentaba el índice del desnudo: el pecho y el ombligo en la figura masculina. Después de la intervención, dibujó los genitales. En otra revisión posterior, presentaba una importante desintegración en el dibujo de la figura humana. En la medida PRE tiene quejas de pérdida de memoria, y sus protocolos indican la existencia de daño cerebral; además, la madre refiere que se encuentra marginado, nervioso. En la medida POST aparece un déficit en las funciones ejecutivas, en concreto en la planificación, así como déficits mnésicos. Sigue presentando

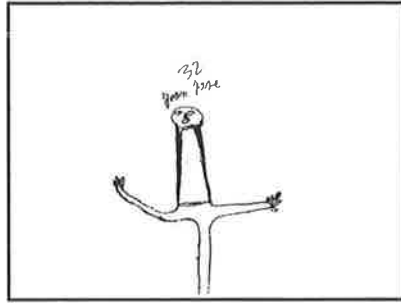
crisis epilépticas. Se observa una dificultad en la comprensión verbal. La madre refiere que se encuentra peor (ver figuras 5, 6 y 7).



*Figura 5. Protocolo 11. Dibujo realizado antes de la intervención quirúrgica. Presenta el ombligo y los pechos*

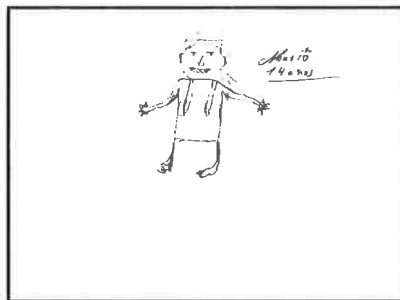


*Figura 6. Protocolo 11. Dibujo realizado después de la intervención quirúrgica. Presenta el desnudo de los pechos y los genitales. Se valora cómo más negativo*

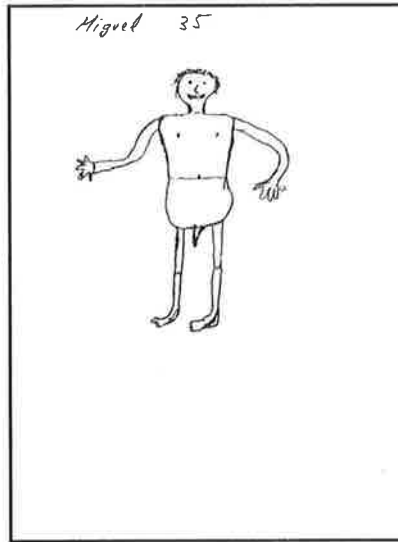


*Figura 7. Protocolo 11. Dibujo realizado después de la intervención quirúrgica durante un seguimiento posterior. Pierde el esquema corporal; aún es más negativa la evolución del paciente*

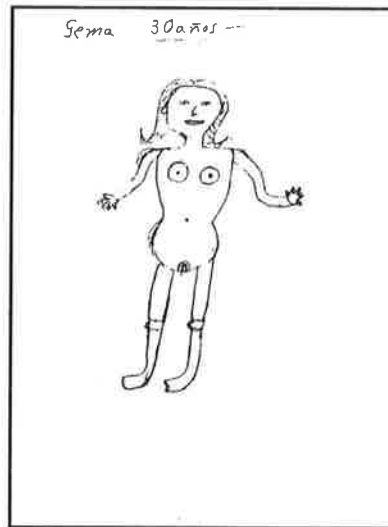
· Protocolo 15. Antes de la intervención, presentaba el dibujo de la figura femenina descalza. Después de la misma, realizó el dibujo de ambas figuras desnudas incluyendo genitales. En la medida PRE presenta rasgos depresivos importantes, quejas sobre su inseguridad y déficits mnésicos; también se observa deterioro y rasgos psicóticos latentes. En la medida POST no tiene crisis epilépticas. Se queja de depresión (postquirúrgica) y refiere "me ha afectado en el carácter, en la forma de ser, tengo muchos miedos, no me salen las cosas, no me cunde como antes, me irrito con facilidad, las sensaciones son más fuertes, antes no lloraba con una película, ahora sí, ahora poco a poco voy metiéndome en mi ser, aunque me cuesta". Como impresión diagnóstica sugería la existencia de un cuadro depresivo agudo con rasgos psicóticos (ver figuras 8, 9 y 10).



*Figura 8. Protocolo 15. Dibujo realizado antes de la intervención quirúrgica. Presenta una gran resistencia a dibujar, realiza una sola figura y escribe "Mario" pero, posteriormente, escribe una "a" encima para representar también a una mujer, "María"*



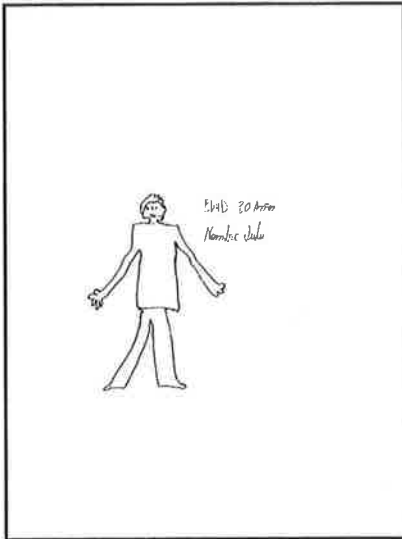
*Figura 9. Protocolo 15. Dibujo realizado después de la intervención quirúrgica. Figura masculina, dibuja los genitales; el cambio del paciente es llamativo*



*Figura 10. Protocolo 15. Dibujo realizado después de la intervención quirúrgica. Figura femenina*



·Protocolo 134. No presentaba el índice del desnudo antes de la intervención, ni en la medida de seguimiento. Tras la operación, realizó el desnudo del ombligo en ambas figuras, y los pechos en la figura femenina. En la medida PRE aparece con actitud verborreica, impulsividad, impositividad y rasgos paranoides. En la medida POST se reduce la frecuencia de crisis epilépticas, pero se observan alteraciones en las funciones ejecutivas y en la memoria episódica para material verbal. Presenta un comportamiento de tipo hipomaniaco, impulsividad, conducta reivindicativa, déficit en la simbolización, componentes paranoides y déficit en la comprensión verbal (ver figuras 11 y 12).



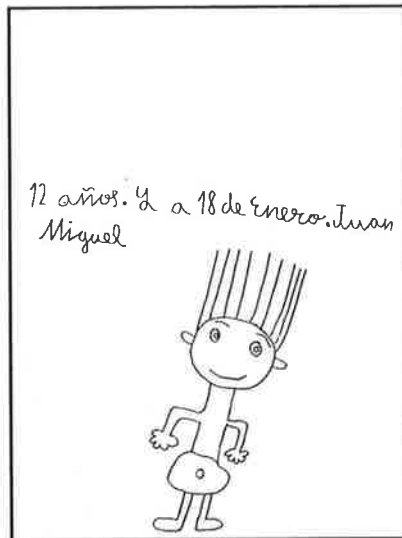
*Figura 11. Protocolo 134. Dibujo realizado antes de la intervención quirúrgica. No presenta el índice del desnudo*



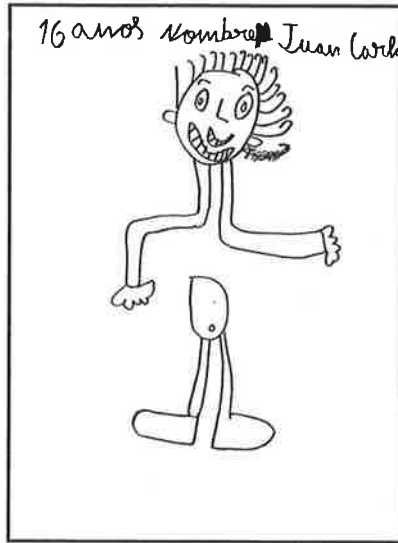
*Figura 12. Protocolo 134. Dibujo realizado después de la intervención quirúrgica. Aparece claramente el índice del desnudo*

· Protocolo 32 (menor de 18 años). Presenta el índice del desnudo antes de la intervención. Después, no aparece, pero las figuras presentan desintegración corporal. En la medida PRE presenta dificultades en la lectura, deterioro orgánico, rasgos de tipo psicótico, irritabilidad, desinhibición y tendencia a la descarga impulsiva. En la medida POST se observa un déficit generalizado. La madre señala que "no sabe interpretar las bromas, a veces descarga de modo impulsivo y trata de imponer su criterio". Describe al hijo como un chico normal (negación).

· Protocolo 157. Aparece, tanto antes como después, el ombligo. En el dibujo post se distingue una mayor desintegración corporal. En la medida PRE presenta un déficit en la lectura, escritura y cálculo. Tiene alucinaciones (alucinosis) de tipo orgánico y de características místicas, descargas de violencia ocasionales. El diagnóstico sugiere psicosis orgánica y deficiencia mental. En la medida POST se reducen las crisis pero ha tenido descargas violentas. Refieren que se encuentra mejor. Sigue presentando una estructura psicótica (ver figuras 13 y 14).



*Figura 13. Protocolo 157. Dibujo realizado antes de la intervención quirúrgica. Se observan déficits estructurales; falta la nariz y presenta el ombligo*



*Figura 14. Protocolo 157. Dibujo realizado después de la intervención quirúrgica. Se agravan los déficits; pérdida del esquema corporal*

#### *No cambios*

· Protocolo 57. Presenta el índice del desnudo antes (ombligo), en la medida control, y después de la intervención quirúrgica. En la medida PRE se queja de problemas de memoria para material verbal. También presenta un CI bajo, un nivel cultural bajo y dificultades en el lenguaje. En la medida POST la madre refiere que han disminuido las crisis pero que la paciente ha cambiado poco en su personalidad, y la describe con un genio muy agresivo, igual que antes de la intervención.

· Protocolo 9 (menor 18 años). Antes y después de la operación dibuja el ombligo. En la medida PRE se constatan importantes dificultades en el desarrollo madurativo y psicológico, rasgos psicóticos, bajo CI y deterioro orgánico. En la medida POST se mantuvo sin crisis durante un año pero éstas han aparecido de nuevo. Presenta una gran agresividad de tipo explosivo intermitente y deterioro orgánico. No es posible explorar con otras pruebas; en el Rorschach aparecen objetos parciales (boca, dientes).

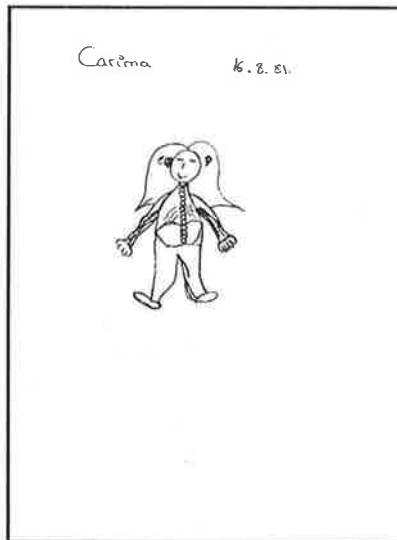
· Protocolo 283. Presenta el índice antes (pechos), durante el seguimiento (pechos y ombligo) y después de la intervención (pe-

chos). En la medida PRE presenta un tipo de pensamiento preoperatorio, sin conflicto psíquico, que vive en el presente perceptual y sensitivo. Déficits bimodales (verbal y visual) y apraxia constructiva severa. En la medida POST se han reducido las crisis, aunque fue ingresado en Urgencias, probablemente por un episodio hipomaniaco. El paciente refiere que se encuentra mucho mejor. Continúa con el pensamiento de tipo operatorio, muy deficitario.

### *Cambio positivo*

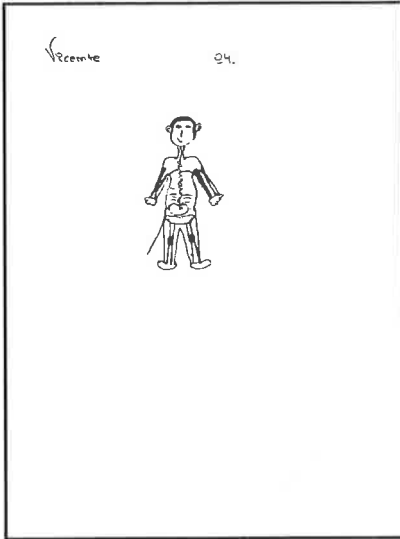
· Protocolo 19. Antes de la intervención dibuja el desnudo en la figura femenina y después deja de presentar el índice. En la medida PRE se observa impulsividad y deterioro orgánico, aunque no se objetivan rasgos psicóticos. En la medida POST se han reducido las crisis epilépticas y la madre afirma que se encuentra mejor (antes no podía salir solo a la calle y ahora sí).

· Protocolo 167 (16 años). Presenta una transparencia de órganos internos antes de la intervención y, tras ella, sólo dibuja el ombligo y sombrea el cuerpo. En la medida PRE presenta una grave desestructuración perceptiva; el Rorschach es imposible de valorar por la amalgama de confusiones y distorsiones perceptivas de tipo orgánico. Se encuentra muy infantilizada, con rasgos de tipo psicótico.

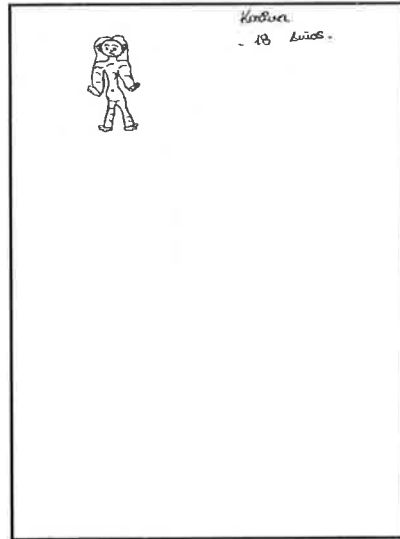


*Figura 15. Protocolo 167. Dibujo realizado antes de la intervención quirúrgica; figura femenina. Anatomía*

En la medida POST hay una importante reducción de las crisis epilépticas, tanto en intensidad como frecuencia. Se encuentra mejor subjetivamente; la madre confirma que se encuentra muchísimo mejor tras la operación. En la evaluación, se observan importantes limitaciones y no es posible valorar el Rorschach (ver figuras 15, 16, 17 y 18).



*Figura 16. Protocolo 167.  
Dibujo realizado antes de la  
intervención; figura masculina.  
Anatomía*



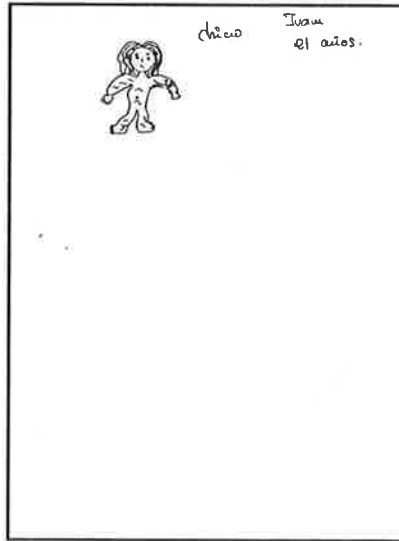
*Figura 17. Protocolo 167.  
Dibujo realizado después de la  
Intervención; figura femenina,  
sombrea la piel desnuda y  
dibuja el ombligo. ¿De la ana-  
tomía a la piel?*

## Otros

· Protocolo 43. Presenta el índice del desnudo en la primera evaluación (pechos, descalza) y deja de presentarlo durante el seguimiento. Tiene los índices CDI y SZCI positivos; en el Rorschach presenta una verbalización de tipo rumiativo.

· Protocolo 38. Presenta, antes y durante el seguimiento, el índice del desnudo en los pechos, sin intervención. Aparece cierta irritabilidad, ludopatía y rasgos psicóticos.

· Protocolo 147. Acude a la consulta ya intervenido, sin haber sido evaluado antes de la intervención; en este punto, realizó el dibujo de los pechos y el ombligo, en la figura femenina, y el dibujo de los órganos anatómicos (transparencia), en la masculina. Presenta quejas sobre pérdida de memoria y rasgos depresivos; en el Rorschach tiene numerosas respuestas de anatomía, percepción parcial de objetos y otros índices de organicidad.



*Figura 18. Protocolo 167. Dibujo de la figura masculina. Repite los índices*

· Protocolo 135. Dibujó el ombligo en la figura humana femenina y, tras la operación, dibujó los pechos y no el ombligo. En la medida PRE presenta inmadurez emocional, trastornos vinculados a la vivencia de la enfermedad, rasgos depresivos y escasa producción simbólica (pensamiento preoperatorio). En la medida POST tiene una reducción de crisis epilépticas, aunque se queja de problemas de memoria y de depresión.

### *Discusión*

Es infrecuente encontrar el índice del desnudo tanto en la práctica clínica como en la revisión bibliográfica y su aparición representaría,

en cualquier caso, una disfunción psicopatológica severa, de hondo calado, estructural.

En esta muestra específica de pacientes epilépticos con daño cerebral (n=235), aparece el índice del desnudo en un porcentaje de pacientes (n=21, 9%) que presenta, además, una disfunción frontal y temporal en la mayoría de los casos. Al compararlo con otro grupo de epilépticos seleccionados al azar, se encuentran justificaciones suficientemente razonables para considerar que el índice del desnudo, además de ser indicativo de psicosis o de un tipo de defensa en un paciente determinado –como señala Grassano de Pícolo (1977, 1987)–, podría vincularse también, en algunos de los casos, a disfunciones desinhibitorias asociadas a alteraciones frontotemporales cerebrales. Desde este punto de vista, el índice del desnudo podría formar parte del conjunto de indicadores sugerentes de disfunción cerebral a tener en cuenta, entre las diferentes hipótesis diagnósticas, en la exploración clínica con técnicas proyectivas gráficas.

El hallazgo de una mayor presencia de pechos y ombligo en los dibujos sugiere la referencia a la figura materna: las mamas (en su doble acepción de pecho nutriente y madre) y el ombligo (como cicatriz que testifica la unión de origen con la madre). Además, evidencia una relación de intensa dependencia y dificultades en la individuación de estos pacientes, como se observa en las entrevistas. Una relación compleja, y con frecuencia conflictiva, entre la madre y el hijo epiléptico (*“siempre viene conmigo, no me deja salir solo por si me da una crisis, siempre está encima de mí preguntándome si me he tomado la medicación”*), donde la pasividad y la dependencia se añaden a la enfermedad que les hace ser verdaderamente indefensos ante las opciones de vida; como si tratasen de crear una proyección que fracasa, esa dependencia es todavía vigente porque no culmina en una proyección estable (*“es ella lo malo, yo soy lo bueno”*).

Por tanto, en esta muestra, el pecho y el ombligo parecerían apuntar hacia lo pregenital, la función nutriente y de dependencia con la figura materna, más que la relación genital de la sexualidad adulta.

Otros elementos de interés serían el dibujo de la anatomía como transparencia, la desestructuración del esquema corporal, el dibujo de los genitales y los pies descalzos. No se encuentran datos que permitan entender dichos elementos con mayor profundidad, pero los dos primeros, en un principio aún más inusuales, sugieren un

mayor grado de severidad psicopatológica con diferentes matices. Por una parte, el dibujar los órganos internos implica un paso hacia atrás respecto al desnudo y a la represión, la no-diferenciación dentro-afuera, una transparencia propia de la psicosis y la expresión de su ser como "*soy un conjunto de órganos*"; quizá, también podría sugerir, la existencia de procesos alucinatorios o delirantes de tipo hipocondríaco. Por otra parte, la desestructuración del esquema corporal en los gráficos, tal vez más severo que el anterior, podría señalar una severa desestructuración de la imagen corporal, de la unidad somatopsíquica. Sin embargo, cualquier clínico con experiencia, tras la observación de dichos gráficos, podría pensar que no es neurosis ni psicosis, sino otra cosa, quizá una disfunción cerebral, especialmente al contrastarlo con la información obtenida desde otras fuentes (e. g., entrevista, Rorschach), como si de un indicador de falso positivo de psicosis se tratara.

¿Y los pies descalzos? La desnudez surge, en algunos casos, tras la operación. Quizá haga referencia al desnudo "cuerpo a cuerpo" o, también, a los pies en la tierra y el "*¿estoy vivo?*". Habría que preguntar a los pacientes e indagar más allá de la respuesta consciente aportada: "*nada, simplemente he dibujado los pies*".

Tras la resección quirúrgica, unos pacientes presentan aparentes cambios positivos, otros negativos y otros no refieren cambios tras la intervención. No resulta fácil generalizar los resultados, en el sentido de que no hay una respuesta estable, grupal. Sin embargo, no parece que éstos estén ligados a la reducción de las crisis epilépticas en la fase posquirúrgica porque algunos pacientes, pese a no estar exentos de patología, no tienen crisis. Habría que apuntar hacia la comprensión de la personalidad y la estructuración psicológica previa a la resección. La intervención quirúrgica sugiere la exacerbación de rasgos latentes previos, en algunos casos, y en todos ellos la respuesta individualizada, idiosincrásica ante la intervención de lo real. Se crea un hueco en lo real y la escisión surge como respuesta, ¿habría otra defensa mejor para manejarla?

El índice del desnudo, en este estudio, nos permitía enlazar informaciones dispares procedentes de diferentes disciplinas. Por una parte, los datos médicos, que aportan datos básicos, como la existencia de una disfunción en áreas temporales y frontales de carácter estructural, electrofisiológico, metabólico. Por otra parte, los datos neuropsicológicos, que ofrecen algo más de luz para la comprensión del funcionamiento cerebral, como la desinhibición, uno de los síntomas que, con frecuencia, aparece en pacientes con alteraciones en



las áreas frontales. Estas áreas frontales serían un territorio cerebral que jugaría, además, y yendo más allá del puro síntoma, un papel mediador de la introducción de la cultura y de la conducta social, de la flexibilidad del pensamiento y acción, de la conducta adaptativa, y del logro de metas. Con respecto a las áreas temporales, se le adscribiría un importante papel en el funcionamiento de la memoria. Finalmente, el psicoanálisis es el que enriquece y profundiza, desde nuestro punto de vista y sin desmerecer las aportaciones de otras disciplinas, en el conocimiento del funcionamiento mental de los pacientes. El índice del desnudo se concibe, en esta muestra, como una ruptura o no-construcción de la represión y un fallo consecuente en la individuación. Aparece un mecanismo de desplazamiento y la creación de una figura icónica "cuerpo desnudo" sin metáfora, carente de las reglas del intercambio social y de la neurosis, de una relación social con un cuerpo-vestido que lo represente y lo condense en múltiples formas. Lo que se encuentra es la desinhibición o descarga directa de la pulsión por otras vías (como las crisis epilépticas); surgen las mamas y el ombligo, como si evocasen la fascinante vinculación fusionada, pasiva, nutriente de aquella relación "cuerpo a cuerpo" anhelada.

## Agradecimientos

Queremos agradecer a los pacientes su colaboración. A Pilar de Pablo sus valiosas reflexiones y aportaciones al trabajo; y, también, a Rafael García de Sola, por permitir la realización del estudio en el Hospital de la Princesa de Madrid.

## Bibliografía

- DAWSON, G., PANAGIOTIDES, H., KLINGER, L. G. & HILL, D. (1992). The role of frontal lobe functioning in the development of infant self-regulatory behavior. *Brain and Cognition*, 20: 152-175.
- ESLINGER, P. J. & DAMASIO, A. R. (1984). Behavioral disturbances associated with the rupture of anterior communicating artery aneurysms. *Seminars in Neurology*, 4: 385-389.
- GIL, R. (1999). *Neuropsicología*. Barcelona: Masson.
- GRASSANO DE PICCOLO (1977). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- GRASSANO DE PICCOLO (1987). Defensas en los tests gráficos. En M. L. SQUIER DE OCAMPO, M. E. GARCÍA ARZENO, E. GRASSANO DE PICCOLO ET AL. (Eds.). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. (pp. 237-388). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- MARTÍN, P., MAESTÚ, F. & GARCÍA DE SOLA, R. (1998). Valoración neuropsicológica del paciente epiléptico. En F. VILLAREJO (Ed.). *Tratamiento de la epilepsia*. (pp. 181-194). Madrid: Díaz de Santos.
- STUSS, D. T. (1992). Biological and psychological development of executive functions. *Brain and Cognition*, 20: 8-23.
- KOPPITZ, E. M. (1984). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.

Jesús de Felipe Oroquieta  
C/Alcalde Sáinz de Báranda, 53, 8°C.  
28009 Madrid  
[jfo@wanadoo.es](mailto:jfo@wanadoo.es)

M<sup>a</sup> Pilar Ortiz Quintana  
Numancia, 2  
28039 Madrid

## ENTENDER EL RORSCHACH

*Jaime Fúster Pérez*

### RESUMEN

Al enseñar el Rorschach, me ha preocupado que los estudiantes entendieran su proceso. En lo que sigue citaré algunas explicaciones, ejemplos o métodos que hemos usado.

Empezaremos explicando los procesos de pensamiento y seguiremos con las razones por las que se dan respuestas con determinantes concretos. Por qué se responde "flores de colores", "flores blancas", o "flores", simplemente por su forma. Qué subyace en una mayoría de personas para dar un tipo de respuesta y qué permite generalizar los significados de las variables.

Empezamos en este punto, porque es justo por aquí donde empieza el Rorschach, aunque aún quede mucho por explicar.

### ABSTRACT

Teaching the Rorschach test I couldn't stop thinking whether my students understood the process of the test. Now I will comment some examples, explorations and methods we are been using for a better comprehension on the Rorschach test.

We will start the exploration with the process of thinking an then we will give some reasons which explain the answers with concretes determinants. Reasons for answering "colourful flowers", "white flowers", or just "flowers", due to its size. We will explain what underlies in the people giving different kinds of answers.

Recuerdo que en un viaje a Italia, cuando nos entusiasmamos ante la belleza del David de Miguel Ángel, el guía nos contó que el autor de tantas maravillas sostenía que el escultor no creaba la escultura, sino que *ya estaba allí*, en el bloque de piedra, y que lo que el artista hacía era, simplemente, descubrirla, hacerla emerger quitando el mármol sobrante.

A su vez, Rorschach ha conseguido con su test que la persona a la que se le administra presente el autorretrato de su propia personalidad con tanta perfección y exactitud como la escultura de la que hablábamos. Tampoco es él quien crea esa escultura; la imagen, su personalidad, ya estaba allí, en él, e *inconscientemente* la va mostrando conforme responde al Rorschach.

Pero, ¿dónde está esa escultura que el sujeto va mostrando? Pensamos que en el cerebro y, de hecho, el propio autor así lo expresó.

Tras manifestar humildemente que su trabajo era "eminentemente empírico", y aún añadir que "los fundamentos teóricos son aún harto imperfectos" (Rorschach, 1977, p. 19), explica más adelante que las respuestas "pertenecen al campo de la percepción" y, a su vez, asegura que "la percepción puede considerarse como una integración asociativa de los engramas preexistentes con los complejos sensoriales recientes" (pp. 24 y 25). Ahí, en los engramas preexistentes está la escultura.

Creemos que con aquella frase tenemos hoy explicación suficiente para entender lo que ocurre en el Rorschach.

Consideramos el concepto de *engramas* de una forma más amplia que el de meras imágenes mnémicas, a las que parece que el autor equipara.

Pinillos (1977) escribe: "al tocar los aspectos biológicos de la memoria, es necesario decir que las supuestas huellas o engramas mnésicos son, por ahora, construcciones hipotéticas muy verosímiles, pero no entidades neurológicas realmente observadas. De alguna manera, no cabe duda, los conocimientos retenidos por el sujeto han de estar representados en su cerebro".

Por su parte, Delgado (1989) dirá: "el sistema nervioso no está rígidamente organizado por determinación genética, sino que existe un alto grado de adaptabilidad durante el desarrollo de las conexiones nerviosas".

Blanco señala que el sistema nervioso es plástico, no rígido, y que puede ser considerado como un sistema dinámico que se trans-

forma o evoluciona a lo largo del tiempo, que se programa a sí mismo, es decir, que "aprende".

Adler sostuvo que determinados acontecimientos de la infancia constituyen engramas susceptibles de recordarse y representan tomas de posición muy precoces con respecto a la actitud ante la vida; a su vez, pueden considerarse como determinantes de la vida fiables de una dirección y constituyen jalones iniciales del estilo de vida (Barcia, 1992).

Así pues, y desde estos enfoques, consideramos a los engramas como conjuntos de interconexiones neuronales<sup>1</sup> que se van construyendo en cada individuo como respuesta a una necesidad, idea, acción, sentimiento, estilo de respuesta, etc., y que actúan, en él, a modo de programas informáticos que facilitarán la información oportuna para, en el futuro, resolver la tarea de que se trate, sea ésta motora o simplemente informativa.

Delgado (1989) escribe: "Puede decirse que «se nace sin mente»", coincidiendo con la idea de Locke de que la mente de cada persona, al nacer, es una *tabula rasa*. En ella es donde se van inscribiendo ideas (unidades de información, conexiones neuronales, engramas) para cada vivencia.

A su vez, cada nueva vivencia se verá inevitablemente condicionada por las informaciones, los engramas, acumulados ya en la memoria. Pero también esa nueva vivencia introducirá modificaciones en aquellos engramas y serán actualizados por ella.

Los engramas funcionan realmente como programas informáticos, aunque se diferencian de ellos en que son programas vivos y deben tener una presencia material en nuestro cerebro (en tanto que interconexiones neuronales).

La principal consecuencia es que se consolidan o modifican, se amplían y se enriquecen cada vez que entran en funcionamiento, hecho que, por otra parte, se produce de forma automática e inevitable ante la presencia de los estímulos pertinentes.

Para aclarar un poco más el concepto de engrama usaremos como ejemplo el aprender a montar en bicicleta.

Al principio, y con gran dificultad, intentamos colocarnos bien derechos, mirando a lo lejos y no a la rueda, presionando alternativamente los pedales, manteniendo el equilibrio, etc. A medida que recibimos las primeras instrucciones, tratamos de actuar según ellas y vamos memorizando, sin darnos cuenta, las acciones que vamos ejecutando.

Ese “en todas las acciones” es un proceso de enorme complejidad. Cada instrucción recibida —por ejemplo, la de mantener el equilibrio— se subdivide en múltiples órdenes que, desde el cerebro, deben transmitirse hacia nuestros músculos, nuestros nervios, a cada uno de los miembros que intervienen, las piernas, la espalda, los brazos, a nuestros ojos (para mirar a lo lejos), etc., para intentar compensar la inclinación de nuestro cuerpo y no caer.

La siguiente vez que intentemos montar en bicicleta, algunas de las habilidades precisas, aunque de forma imperfecta, ya las tendremos aprendidas. Pero iremos consolidando nuestro aprendizaje, perfeccionándolo. Sucesivamente, a base de la repetición, nuestros titubeos se irán transformando en seguridad y nuestro funcionamiento se irá automatizando.

Durante todo el proceso, se está construyendo ese engrama, esas conexiones neuronales que constituirán el programa de funcionamiento para esa habilidad: montar en bicicleta.

Está claro que, cuanto más lo repitamos, más perfeccionaremos nuestro funcionamiento. También es evidente que en cada ejecución el cerebro va dando todas las instrucciones precisas a cada músculo, a cada órgano y en cada momento, aunque ya no seamos conscientes de ello. El proceso se ha automatizado. El engrama va constituyendo el hábito y éste funciona aparentemente solo.

Los hábitos son métodos económicos que nos permiten actuar sin que involucremos nuestras capacidades superiores, sin necesidad de reflexionar cada uno de los pasos de nuestras acciones, hecho que sí ocurre mientras estamos aprendiendo una nueva conducta. Los hábitos, por tanto, surgen ante los estímulos a los que están ligados y actúan de forma automática.

Pero no sólo existen para nuestras conductas externas, observables, motoras; también aparecen en cualquier acción que se repita, incluso para las más íntimas (pensar o sentir, por ejemplo).

Frases como “no sé por qué, pero al ver a tal persona, al pasar por tal sitio, o al oír tal música, me siento incómodo” son el reflejo de hábitos que, inconscientemente, se han instaurado en nosotros y van a influir en nuestros comportamientos, sentimientos o modos de pensar futuros.

Volviendo a los engramas, debemos tener claro que éstos no nacen al empezar a practicar. Desde que surge la idea “voy a aprender a montar en bicicleta”, se inicia su construcción. Seguramente, lo primero es recopilar nuestros conocimientos anteriores sobre la bici-

cleta, los triciclos, los vehículos, la gente que monta en bicicleta, el hecho de montar en algo, el deporte, las excursiones, los viajes, etc.

En ese engrama naciente ya hay multitud de conocimientos, algunos personales, fruto de nuestras propias experiencias, y otros muchos colectivos, comunes a nuestro entorno. Es preciso entender el concepto *entorno* en un sentido muy amplio, universal, casi cósmico.

En ningún momento se puede hablar de conocimientos aislados, ya que cada engrama se relaciona con multitud de otros anteriores o coetáneos y, formando parte de nuestro individual acervo de conocimientos, influirá en distintos grados en nuestras acciones, así como en la construcción de posibles engramas futuros.

Como hemos señalado para los hábitos, los engramas que están en su base se dan para todo tipo de actividades, no sólo motoras, como la señalada, sino también intelectuales, afectivas, etc.

Nuestro modo personal de hacer algo se ha ido configurando con los engramas, que en cada cual se han ido formando en función de sus circunstancias, necesidades, ambientes, momentos, modelos, etc. En ellos, por tanto, habrá huellas genéticas, instintivas y aprendidas. Entre las aprendidas, las habrá recientes y antiguas. Las de los primeros momentos de nuestra vida tendrán mucha influencia, pues habrán pesado en la construcción de la mayoría de los engramas posteriores<sup>2</sup>. También existirán las que han sido muy destacadas en el momento de su ocurrencia y las que han pasado casi desapercibidas, pero todas habrán influido en distintos grados y seguirán influyendo en nuestras formas de actuar y enfrentarnos a la vida, en nuestra forma de resolver los problemas cotidianos.

En resumen, consideramos que nuestra personalidad, nuestra manera de enfrentarnos a la vida, dependerá, en primer término, de los engramas, esas conexiones neuronales que, por influencias diversas, se han ido formando a lo largo de nuestra vida y siguen conformándose en la actualidad.

En ellos está presente, lo genético, lo instintivo, lo aprendido, las experiencias individuales, los conocimientos comunales o colectivos; también nuestros deseos, nuestros miedos, nuestra fisiología, nuestra salud, nuestras enfermedades, los trastornos de cualquier tipo que estén presentes, las huellas de los pasados, todo aquello de lo que somos conscientes y lo que nos permanece inconsciente<sup>3</sup>.

Esos engramas dirigen nuestros hábitos, aquello que nos surge más espontáneamente, lo que tendemos a hacer; así mismo, aunque en nuestra libertad podamos no realizar alguna de esas con-

ductas habituales, condicionan nuestro comportamiento observable o íntimo, marcan nuestros rasgos de personalidad y, además, definen los estados que pueden suponer un cambio en aquéllos.

Todo lo dicho evidencia, también, que las respuestas al Rorschach estarán inevitablemente condicionadas por la presencia de esos engramas que definen los rasgos de personalidad de cada individuo y que, aún más, en su interacción con las circunstancias del momento, condicionarán los estados<sup>4</sup> que pueden modificar a aquéllos.

### ¿Qué influye para dar una respuesta de determinada forma?

Desde la perspectiva de los engramas podremos entender mejor qué es lo que influye en una persona para que en el Rorschach dé cierto tipo de respuestas y se apoye en determinadas formas para formularlas. Además, podremos ver de qué modo está determinado ese proceso por su personalidad, por sus rasgos y por los estados que inciden sobre él.

En un Rorschach, todo son procesos de pensamiento que luego se nos hacen explícitos mediante el lenguaje. Entendemos por *procesos de pensamiento* todo cuanto ocurre en el cerebro del sujeto, ante la lámina, y la consigna que éste recibe: sensaciones, percepciones, asociaciones, recuerdos, razonamientos, sentimientos, necesidades, deseos, ilusiones, temores, etc. Es decir, todo lo que mueve y estimula a los engramas mnémicos, como decía el autor, pero con el significado amplísimo con el que se entienden hoy en día.

Consideramos que el Rorschach es supracultural, por cuanto es aplicable a personas de cualquier lugar. La condición para que sea así es que cada una de sus variables tenga una misma interpretación en todas las culturas<sup>5</sup>.

Las respuestas se formulan en el lenguaje en que se esté hablando, con palabras que se codifican mediante los códigos del Rorschach. Cada código se refiere a conceptos que las agrupan. Así, los conceptos que corresponden a los códigos M o FM, C o C', W o Dd y H o A, agruparían a todas las palabras que en un Rorschach se refirieran a *movimiento humano o animal, color cromático o acromático, localización global o de detalle inusual y contenidos humanos o animales*, respectivamente.

Cada código del Rorschach puede ser una variable simple, por sí misma, o mediante cálculos, dar lugar a variables derivadas.



En la interpretación, desde las variables del Rorschach, se llega a los rasgos y estados de las personas y cada variable tiene un único significado para cualquier cultura.

La inferencia inmediata es que si esto ocurre es porque, cuando las personas están bajo los efectos de determinados rasgos (o estados), tienden a usar palabras cuyas semánticas corresponden a códigos concretos del Rorschach.

Podemos expresar, pues, que los conceptos que se refieren a las distintas variables<sup>6</sup> del Rorschach son supraculturales.

Ya dijimos, cuando estudiamos el significado de las respuestas de *movimiento animal* (Fúster, 1995), FM: “casi todos los individuos tienen concepciones semejantes sobre el significado del color o del claro oscuro, del movimiento humano, del animal, etc.”.

Nuestro razonamiento de entonces buscaba la lógica según la cual si la presencia de una FM se interpretaba como que el sujeto estaba sufriendo el peso de demandas básicas o elementales —y eso era generalizable— era porque todas las personas tienen arraigada la idea de que “en los movimientos de los animales se expresan lo que son nuestras propias demandas más elementales y básicas, las de tipo animal”.

La conclusión que obtuvimos entonces, y que nos es válida para nuestro objetivo de hoy, fue que la percepción de demandas básicas en los individuos es aquello que origina las respuestas de movimiento animal (FM), “porque las manchas del Rorschach remueven en ellos huellas mnémicas [engramas, especificamos ahora] asociadas a movimientos animales, que son la más clara representación de esas sensaciones, deseos, impulsos y/o necesidades” (Fúster, 1995).

Lo que acabamos de explicar, y lo que sigue, puede verse reflejado en aquel refrán que dice “De la abundancia del corazón habla la boca”.

A continuación explicaremos que lo dicho hasta ahora es extensible, también, a otras variables del Rorschach.

Insistimos en que nuestro propósito consiste en encontrar las razones por las que la presencia de determinado rasgo (o estado) en la persona da lugar a unas respuestas en cuyas palabras subyacen conceptos (códigos del Rorschach) que, al ser decodificados (interpretados), van a mostrar la presencia de aquél rasgo.

Recordando lo que dijimos al principio sobre engramas y hábitos, consideramos que los engramas de esos conceptos son muy consistentes y completos; además, hacen funcionar determinados

hábitos que actúan, de modo automático e inconsciente, en la forma de generar las respuestas al Rorschach.

El hecho de que esos hábitos actúen de forma inconsciente permite que los sujetos den sus respuestas sin caer en el error de la deseabilidad social, del cual seguimos sosteniendo que el Rorschach está exento.

Otro elemento que ayuda a la no conciencia del sujeto con respecto a la forma de presentar sus respuestas es la pregunta que se le hace en la consigna: ¿Qué podría ser esto?

El sujeto se centra sobre ese *qué* correspondiente a los contenidos, sobre los que ejerce el máximo control<sup>7</sup>. Y este hecho hace que el control sobre *cómo* los percibe y formula sea más débil o incluso no lo ejerza.

El *cómo* corresponde a los determinantes que estudiaremos a continuación, buscando qué es lo que los genera en el sujeto.

En los Determinantes de Forma, el sujeto cumple el mínimo de la consigna recibida, no justifica la respuesta o, si ha de hacerlo, puede decir simplemente: “porque así me parece” o “porque tiene esa forma”. A lo más que llega es a explicar las partes que la integran.

Consideramos, por ello, que los sujetos dan estos determinantes cuando evitan, o no pueden, ser más explícitos en sus respuestas.

El Determinante de Movimiento Humano, que “correlaciona con la actividad intelectual” (Exner, 1994, p. 359), también “implica participación del razonamiento, de la imaginación y de una forma refinada de conceptualización, [...] indica que se ha empleado una táctica de respuesta diferida” (*op. cit.*, p. 362).

El engrama universal, asumido por todas las culturas es que el hombre es un animal racional, siendo esto una imagen universal, arquetípica (Fúster, 1995).

Por ello, cualquier acción, sea o no exclusivamente humana – pero a la que se quiera impregnar de racionalidad–, será preferiblemente ejecutada y/o representada por una figura humana o humanizada (M).

Como hemos dicho, el movimiento humano está ligado a la racionalidad y el movimiento animal a las necesidades básicas.

Pensamos que el movimiento inanimado lo está a la acción del entorno, a las fuerzas de la naturaleza (viento, mareas, lluvia, truenos, rayos, fuego, etc.) y a objetos que no deberían moverse. La idea dominante es que sobre ninguno de ellos tenemos posibilidad de con-

trol y que en algún momento pueden ser amenazadores y peligrosos; ello crea ansiedad, inquietud, temor, inseguridad, tensión.

Las frases “que lo parta un rayo”, “que el mar se lo trague”, “que se hunda” o “que se lo lleve el viento” son asimilaciones de acciones sobre las que no se tiene control, ni posible defensa.

Pensamos, por tanto, que la percepción de circunstancias en nuestro entorno o, incluso, en nosotros mismos y sobre las que nos sentimos con poco control harán surgir la ansiedad que facilitará el tipo de respuestas de movimiento inanimado, que conceptualmente expresan esas sensaciones de falta de control y peligro.

En las respuestas de Color Cromático el sujeto expresa de qué forma muestra sus afectos. No se menciona el color por el mero hecho de que exista en las láminas. Si fuera así, las respuestas de todas las personas serían semejantes y meramente descriptivas.

## **Reflexiones sobre el color, los humanos y los afectos**

El color es anterior a los hombres y, por lo tanto, anterior a las concepciones humanas. Ya las plantas y los animales, antes de que los hombres existieran, se vestían de colores para estimular la fecundación.

El hombre, en su evolución, fue entrando muy poco a poco en el mundo; para él, y también desde el principio, el mundo era de color. Y el color iba ligado a la vida. Más adelante fue viviendo –seguramente antes que pensando– que el color se relacionaba con los climas más agradables: con el calor del sol, el cielo, el arco iris, el mar, los ríos, los bosques, las flores y los frutos; y lo fue viviendo de la misma forma que lo vivían los animales. Seguramente, aprendió instintivamente como ellos a valorarlo. Cuando empezó a pensar se fue dando cuenta de todo lo que antes sólo había sido instinto y entendió que el color se relacionaba con las cosechas, con la abundancia, con la seguridad, con la sexualidad, con el amor... Con todo lo deseable.

Filogenéticamente se fue construyendo un engrama, que fue transmitido, creemos que en parte por genes, instintivamente; posteriormente, por aprendizaje en transmisión cultural; y, finalmente, el engrama fue completado con las propias experiencias individuales, de forma que en los hombres hay una gran ligazón entre el color y los afectos o emociones.

En todas las culturas, la alegría y las emociones suelen mostrarse mediante el uso de los colores, de forma que *a más color más alegría se quiere demostrar*. Se ponen colores en las fiestas, en las bodas y en las celebraciones. Se habla de un mundo multicolor, de *la vie en rose*...

Sin embargo, hay que tener presente que el color no sólo lo ve quien lo utiliza, sino también los demás, y que al usar los colores somos conscientes de ello. Por lo tanto, aunque podemos ser espontáneos, también disponemos de la capacidad para mostrar lo que queramos mostrar, al margen casi de lo que sentimos.

En el Rorschach, el uso del color es mucho más sincero. Recordemos que el sujeto no es consciente de que los determinantes, y entre ellos el color que nombra, tengan otro objeto que el meramente descriptivo.

La respuesta de color no es, normalmente, en función de una elaboración consciente. Surge cuando el engrama color permite hacerlo, porque el color existe y porque nuestra disposición (en el sentido de interacción de rasgos y estados) lo propicia; es decir, cuando en la realidad y sin querer fingir, lo haríamos, mostrando cuál es nuestro estilo habitual de expresar los afectos.

Por lo tanto, pensamos que el uso del color cromático en el Rorschach le viene impuesto al sujeto por la gran ligazón entre el color y las emociones, que le incita a nombrar colores cuando siente afectos y emociones.

Las respuestas de Color Acromático se refieren a la construcción afectiva, a afectos que se sienten y no se exteriorizan, como si fuera un "morderse la lengua" (Exner, 1994, p. 328).

¿Por qué una persona usa esta variable en el Rorschach? Durante mucho tiempo, el hecho de que el color acromático fuera una variable de las llamadas disfóricas<sup>9</sup> me confundió a la hora de ver cuál era el origen de las respuestas C'. Finalmente, en mi concepción, logré desvincularlo de su posición interpretativa (e incluso de su situación dentro del Sumario Estructural, con las variables de claroscuro). A partir de ahí todo quedó claro.

El Color Acromático es, desde luego, y valga la redundancia, un color. Es de aplicación todo lo dicho para los colores y, en especial, ese gran nexo entre afectos y color.

Los colores acromáticos son: blanco, negro y gris. Y esos colores son, también en todas las culturas, colores que acompañan al luto. Negro y/o blanco, según la cultura, para el luto; gris, como en Valencia decimos, *en el alivio de luto*. Son los colores de las emocio-

nes inhibidas, las ventanas cerradas; suelen acompañar con frecuencia al dolor y a la muerte. También son colores especialmente formales, sobre todo para el vestir (traje de etiqueta).

Son expresivas frases como “lo veo todo negro”, para expresar que alguien no ve la solución a sus problemas; o “me quedé blanco como el papel” dicho ante una desagradable y sorprendente noticia. Ambas se relacionan con un bloqueo de los afectos. También se dice “es una vida gris” para referirse a una vida en la que nada es interesante.

Así pues, las respuestas de Color Acromático surgen por las mismas razones que para el cromático, pero con el sentido con el que a estos colores (blanco, negro y gris) se les da en cualquier cultura. La inhibición interior se traducirá en el uso de esos colores.

La Textura expresa en el Rorschach una “mayor necesidad de intimidad” (*op. cit.*, p. 327). Vemos muy clara esta sensación, como motor para generar respuestas de textura, por tanto relacionadas con el tacto.

Los ositos de peluche son muy frecuentes en su uso; también el abrigo de pieles, las alfombras de piel junto al fuego, el contacto físico con otras personas, el acurrucarse o el buscar cobijo.

Tampoco debemos olvidar la gran importancia que el tacto tiene entre nuestros sentidos, a parte de ser el que ocupa el máximo espacio en nuestro cerebro.

Creemos que en el engrama de la textura hay huellas genéticas. Recordemos el experimento del mono lactante de Harlow y Zimmerman que ya nombramos (Fúster, 1995).

Será la necesidad de proximidad física, seguramente interpersonal, tenderá a elicitar respuestas en las que se nombre el determinante de textura.

El Claroscuro Difuso determina respuestas típicamente disfóricas y, en ellas, se expresa sensación de indefensión, desesperanza, depresión, etc.

Consideramos que su origen es como el del color, muy ligado a la naturaleza. En este sentido, elementos como la niebla, las nubes, las tormentas, la oscuridad, la falta de definición en los contornos, la falta de uniformidad en los colores, la visión confusa, la visibilidad escasa, el ocaso del sol o la escasez de luz, crean inseguridad, temor.

El hombre vive mucho más cómodo cuando tiene buenas referencias en las que apoyarse. Frases tales como “no lo veo claro”,

“todo es confuso” o “vivo en la penumbra” son explícitas de lo que comentamos.

Serán las sensaciones de indefensión e inseguridad las que darán lugar fácilmente a respuestas tipo Y.

La variable de Forma Dimensión (FD) se relaciona con “una actividad psicológica que supone introspección, o al menos autoconciencia” (Exner, 1994, p. 455). Admitimos este significado porque experimentalmente, según el citado autor, se ha probado. Se codifican FD las respuestas en las que, aprovechando los elementos formales de la lámina, se percibe profundidad o perspectiva.

Consideramos que esta capacidad del sujeto, la de ver en perspectiva, debe de ser adquirida, y está relacionada con la capacidad de tomar distancia, de ver desde distintos puntos de vista, de aprender con la perspectiva que da el tiempo. Además, este estilo puede ser facilitador para realizar introspecciones, ya que ello supone tomar distancia de uno mismo.

Creemos que esta capacidad, la de realizar una introspección, es una de las que se derivan de la interpretación más amplia que consideramos que tiene esta variable, la de tomar distancia de los problemas.

Las respuestas de Vista se relacionan con una “introspección rumiadora que resalta aquellas características propias que el sujeto percibe como negativas” (*op. cit.*, p. 329).

Se codifican como Vista las respuestas en las que, aprovechando los tonos más claros o más oscuros de la lámina, se percibe profundidad o perspectiva.

Hacemos las mismas consideraciones que las que hemos hecho con FD y consideramos, también, que esta capacidad del sujeto, la de ver en perspectiva, debe de ser adquirida, aprendida, y está relacionada con la misma capacidad de saber tomar distancia. Así mismo, ese estilo puede ser facilitador para la introspección.

Añadimos el sentido disfórico de los claroscuros, aunque las respuestas de Vista se diferencian de las de Clarooscuro Difuso en que son más elaboradas.

No entendemos por qué la experiencia de introspección dolorosa puede ser capaz de elicitar respuestas en las que se dé la visión de perspectiva. A lo más, diremos lo mismo que para las FD: la capacidad de tomar distancia facilitará, por esa razón, la respuesta de Vista.

En conclusión, no vemos razón suficiente por la que el rasgo (o estado) de introspección dolorosa puede dar lugar a que surjan res-

puestas de Vista. Cuando esto ocurre, sólo podemos decir con respecto al significado interpretativo de la variable que es así porque empíricamente se ha demostrado.

Pero eso nos parece poco, no nos da seguridad en la interpretación, incluso nos hace dudar del valor interpretativo que se ha dado a esta variable.

Desde la simetría de las láminas, y con respecto al eje central, serán Pares (2) dos perceptos simétricos que se nombren como iguales, y Reflejos (Fr y rF) cuando se indica que uno lo es del otro. “Aunque parece más apropiado emplear el concepto de egocentricidad” (*op. cit.*, p. 137), las respuestas de reflejo señalan “un rasgo de tipo narcisista” (p. 376).

Desde el mito de Narciso, la visión de imágenes reflejadas se relaciona con ese rasgo. Quien se sienta más autosatisfecho, fácilmente tenderá no sólo a verse reflejado, a buscar su propio reflejo, o a interesarse por el hecho de los reflejos, sino incluso a percibir sus vivencias como un reflejo de sí mismo, de su propia personalidad, a sentirse *el fiel reflejo de su familia* (si está orgulloso de ella) y a verse *reflejado en sus hijos y en sus obras*.

Por otra parte, el reflejo de sí mismo es muy importante, pues es el que realmente permite a los niños empezar a conocerse. Los espejos siempre son elementos de sorpresa en las primeras experiencias infantiles.

Por lo dicho, vemos como normal que quien se sienta satisfecho de sí mismo dé con facilidad respuestas de reflejo.

Con los Pares nos ocurre lo contrario que con los reflejos. El que estén relacionados con el egocentrismo lo admitimos porque empíricamente se ha comprobado. Sin embargo, no vemos la razón por la que una persona bien centrada producirá más respuestas de pares que aquella que no lo esté. Sólo se nos ocurre pensar que esto sea porque se pueda ver a un par de objetos simétricos como una tímida expresión del reflejo.

Por aquí hemos empezado ese esfuerzo por entender el Rorschach con el que pretendemos que nuestros alumnos vean, lo más claramente posible, los distintos procesos que ocurren en él. Queda muchísimo más que entender, incluso aquello en lo que nos hemos reconocido incapaces y quizás se pueda —y se nos pueda explicar— por quienes más saben.

Ésta es una prueba llena de sentido común, y conviene que así se conozca y se maneje.

## Bibliografía

- BARCIA, D. (1992). *Trastornos de la Memoria*. Barcelona: Editorial MCR.
- DELGADO, J. M. R. (1989). *La felicidad*. Madrid: Ediciones Temas de hoy.
- DELGADO, J. M. R. (1996). *Mi cerebro y yo*. Madrid: Ediciones Temas de hoy.
- EXNER, J. E. (1991). *The Rorschach. A Comprehensive System. Volumen 2: Interpretation*. New York: Wiley Publication.
- EXNER, J. E. (1993). *El Rorschach. Un Sistema Comprehensivo. Volumen 1: Fundamentos Básicos*. Madrid: Psimática, 1994.
- FÚSTER, J. (1993). ¿Por qué T o no T en el Rorschach? *Revista de la SERYMP*, 6, 39-44.
- FÚSTER, J. (1995). *Conocer el Rorschach*. Valencia: Promolibro.
- FÚSTER, J. (1995). El significado psicológico de las diferentes variables del Rorschach. Una explicación para quienes se han formado desde el enfoque conductual-cognitivo. El determinante FM. *Revista de la SERYMP*, 8, 51-59.
- FÚSTER, J. (1996). Las influencias culturales en el Sistema Comprehensivo del Rorschach. La codificación de la Calidad Formal. *Revista de la SERYMP*, 9, 57-63.
- FÚSTER, J. (1998). *Practicar el Rorschach*. Valencia: Promolibro.
- PINILLOS, J. L. (1977). *Principio de Psicología*. Madrid: Alianza Universidad.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1977). *La práctica del Rorschach*. Madrid: Pablo del Rio.
- RORSCHACH, H. (1977). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- WHITTAKER, J. O. (1971). *Psicología*. México: Editorial Interamericana.

## Notas

<sup>1</sup> En la misma obra se cita a Hebb (1949), que en su libro *The organization of Behavior* sostiene que "la huella mnésica consiste en un conjunto de cambios sinápticos permanentes que se distribuyen aleatoriamente en una "asamblea" de neuronas, y que justo a esa multiplicidad engramática se debe el hecho de que la pérdida de unas neuronas específicas no comporte la desaparición total de un recuerdo o de un aprendizaje".

<sup>2</sup> El lenguaje popular, que suele ser tan expresivo, dice: "Las primeras papillas nunca son digeridas".



- <sup>3</sup> Según C. G. Jung (1928), “el Inconsciente describe un estado de cosas extremadamente fluido: todo aquello que conozco pero en lo que no estoy pensando en este momento; todo aquello de lo que otrora estuve consciente pero he olvidado; todo lo que mis sentidos perciben pero que mi mente consciente no capta; todo lo que involuntaria e inadvertidamente siento, pienso, recuerdo, quiero y hago; todas las cosas futuras que están tomando forma en mí y que en algún momento llegarán a la conciencia: todo eso es el contenido del inconsciente”.
- <sup>4</sup> Recordemos el significado que da Exner (1994, p. 45) a los términos, rasgo, al que también llama “hábito” o “estilo de respuesta” (op. cit., p. 51) y estado. Define el rasgo 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”. De los estados dice que se refieren a aspectos presentes, pero contingentes a ciertas condiciones estímulares “que pueden tener un efecto de inducción de nuevas conductas, que se añaden a las anteriores inclinaciones [las generadas por los rasgos], o bien las sustituyen”.
- <sup>5</sup> No así los valores tabulares de las mismas, como se pretendió al principio del Sistema Comprensivo.
- <sup>6</sup> Nos referimos a partir de aquí, especialmente, a las variables simples o códigos.
- <sup>7</sup> Fácilmente, una persona agresiva puede, en la lámina II, evitar hablar de sangre y/o de pelea, aunque las perciba, y dar la respuesta de “juego y pintura”.
- <sup>8</sup> El símbolo SH se ha utilizado para representar el valor conjunto de cuatro variables: C', T, V e Y (Exner, 1994, p. 325).

Jaime Fúster Pérez  
Avda. de Campanar, 39, pta. 1  
46009 Valencia  
jaime.fuster@navegalia.com



## **EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TÉCNICAS PROYECTIVAS EN UN CASO DE ABUSO SEXUAL**

*Teresa Pont Amenós*

### **RESUMEN**

Se trata de un peritaje psicológico solicitado por los abogados de la defensa de una señora de 50 años acusada de abusos sexuales a una niña de 2 años, hija de una mujer en apuros económicos a quien la acusada cuidaba altruistamente en su casa desde hacía tiempo.

La defensa mantenía su incredulidad respecto a la comisión de los hechos porque veía a Avelina, casada y con un hijo y un nieto pequeño, como una persona muy convencional, buena mujer, muy creyente, religiosa y una asidua practicante.

Solicitaron el peritaje para, con un diagnóstico psicológico, poder descartar su supuesta implicación en los hechos.

Al parecer, la madre de la menor efectuó una denuncia, alarmada al contemplar la magnitud de los juegos obscenos que un día la nena realizaba con su prima (reprodujo con una muñeca lo que Avelina le hacía) y lo relacionó con que a menudo presentaba irritadas la boca y la zona genital, después de haber estado en casa de la señora. Un centro hospitalario corroboró unos muy probables abusos sexuales.

### **ABSTRACT**

This is a psychological report demanded by the lawyer of a fifty-year old woman accused of sexual abuse on a two-year old girl which was the daughter of woman with financial trouble that the accused

altruistically took care of in her house for a long time. The defense lawyer stood his incredulity towards the perpetration since they viewed Avelina, married and with a child and a little grandchild, as a very regular person, a good woman, a real believer, very religious and a regular practitioner.

They demanded the report in order to dismiss her implication among the facts, with the help of a psychological diagnosis.

It seems that the child's mother made a denunciation, alarmed by the view of a wide range of obscene games that the girl performed with her cousin (she acted like Avelina did on a doll) and made a relationship with her child having her mouth and genital zone irritated, after being in the woman's house. The hospital confirmed probable sexual abuses.

## **Metodología**

Aparte de la entrevista clínica, se utilizó el Test de Rorschach, el TRO de Philipson y Tests Gráficos.

## **Anamnesis**

Hasta los 19 años, Avelina vivió en un ambiente rural de bienestar económico; luego se trasladó a una gran ciudad. Es la menor de tres hermanos, casados y con hijos. Estuvo casada 20 años y se separó. Tiene un hijo de 31 años, casado, y un nieto de dos años. Desde hace tiempo vive con otro hombre, separado y con hijos. Habitualmente ayuda a regentar uno de los negocios de sus padres.

No verbaliza haber tenido ningún problema en su vida. Alega tener una familia maravillosa y haber sido siempre muy religiosa (incluso dice ir hasta tres veces diarias a la iglesia). Como hecho traumático refiere haberse caído encima de un brasero de su casa, jugando con su hermano, cuando contaba unos dos años de edad (describió que se tocaba con fruición porque le picaba mucho, y que le tuvieron que poner unos guantes para protegerse). De mayor se hizo la cirugía estética.

## Entrevista clínica

Destaca el interés de Avelina en mostrarse como una persona obediente, buenaza, limpia, sin tacha moral alguna en toda su vida (ni drogas, ni sexo, etc.), con una alta preocupación en proporcionar una imagen social idealizada (persistencia de inflación de su mundo de infancia, con fugas de ideas constantes). Presenta un yo grupal familiar grandioso, gregario y poco discriminado. A lo largo de todo el diagnóstico hay una abundancia de negaciones maníacas (ante todo tipo de impulsos) y reactividad (contratransferencialmente la siento con una gran confusionalidad, con ausencia de contacto emocional, rigidez cognitiva, inmadurez y muy evacuativa; no puede casi escuchar).

## Test de Rorschach

Las respuestas al Test de Rorschach, fueron las siguientes:

### L. I

- |  |  |
|--|--|
| 1- Parece una mariposa y como esos bichos que hay...   | 1- ¡Por estas alas, todo porque las mariposas son así! ...me confunde un poco eso... La boca... ¡No es así! ...un poco más cerrada, no tan abierta y aquí lo tiene abierto...  |
| 2- ¡No sé cómo se dicen! ...un escarabajo también... ¡De momento nada más!                                     | 2- Por la forma, porque veo sin parar... ¡He visto tantos de pequeña!... ¡En el campo hay muchos! ...al levantar una piedra, ¡da miedo tan negro!... ¡Repugnancia!   |
| 3- Podría ser una nube, unas nubes de las que se hacen así en el cielo... Sin lo del medio, ajuntadas... ¡Dos! | 3- Sin esto, en el campo las veíamos; papá decía: " <i>¡vámonos a casa, que hay nubes y no sea que vaya a llover!</i> " ...nubes de tormenta, cosas oscuras y blancas, un poco más claro y oscuro... Papá decía que eran grises y un poco más negras... (se va... DR). |

**L. II**

4- Como dos elefantes con trompa, aunque, ¿todo eso rojo? ...que no sé qué significa...

5- También dos piedras de esas de montaña... Eso me corta mi inteligencia (el pico)... ¡Me confunde lo rojo! ...la forma de la cabeza y las patitas...

6- También esos bichos con pico... ¿"Cerontes"? ...que tienen dos orejitas... ¡Rinocerontes!

7- Una mariposa, ¡esto!

8- Dos dedos podrían ser.

4- Por las trompitas, ¡sin esto! ...que me confunde un poco...

5- ¡Es difícil esto! ...de la manera como están colocadas, ¡piedras! ¡He visto tantas en el campo donde estoy...! Por las curvas, piedras... que tienen forma de animal...

6- Porque mi padre siempre me llevaba al parque y los he visto... Muchas veces habíamos ido... Por las patitas y las orejitas...

7- ¡Porque he visto tantas! ...por las coletas.

8- De pequeña nos enseñaban a nombrar los dedos, desde el pequeño al más gordo. Dos dedos como en la policía, para el DNI y el pasaporte. Dos uñas aquí.

**L. III**

9- Como si fueran dos personas, un hombre o una mujer... Ésta, una chica, éste, un chico, ¡ésta mitad...! (duda entre uno u otro).

9- Porque son parecidos, pero el hombre tiene la barbilla más sacada y la mujer con más pelo... Son casi clavados... No se pueden distinguir mucho. Mi amigo (su pareja actual) dibujaba siempre para la nena (supuesta víctima)... Un chico y una chica... Un carrito... Él sabe hacer casas... ¡Yo no!

- 10- Podrían ser piernas... ¡Pero me confunden!... Dos piernecitas... ¡Me confunden! ...de dos personas... ¿Un animal parecido a las personas? ...pero, ¡no!...
- 10- Por los tacones.
- 11- En vez de piernas parecen leñas... De las que tengo para el fuego... ¡Como tienen tacón! ...en el pueblo las llaman troncos.
- 11- Por la forma.
- 12- Un lazo.
- 12- Mi madre me ponía lacitos en las camisas o en el pelo... ¡Cómo me gusta el rojo! ¡Rápido he pensado en mi madre...!
- 13- Dos pajaritos, por la forma.
- 13- Tienen mucha cola aquí... ¡Y no tienen tanta! ...la cabeza... Lo veo exagerado... O una rama donde estén... La cabecita.
- 14- Aquí, como eso que se ponen en las paellas... Lo del medio... ¿Un cangrejo? ...una piedra, estos dos... ¿Podría ser?... No sé...
- 14- Este trocito en el arroz gusta mucho... Por las patitas... Porque los cangrejos se enganchan siempre en dos piedras... Las alas del cangrejo, encima de las dos piedras, las tapan.
- 15- Como un conejo, según como lo mires... Como un conejito... O dos piedras... Algo... Es que mi inteligencia... En mi casa... (se produce una DR).
- 15- Por los piquitos, dos orejitas, la boquita, la orejita...

#### L. IV

16- Tengo yo como una piel que parece un animal... La tenemos a los pies de la cama... Pero esto me parece como un animal... Como un zorro que tiene la piel, que son para el suelo... ¡Bueno! Puede ser... Lo tengo muy igual a esto... Las patitas así... Pero el mío no tiene esto... Unos morritos o la cabeza que va para abajo, un poco inclinada el que tengo yo... Aquí es normal... Cola, braci-tos, los ojos aquí no se ven... La boca, como unos labios parecen... Lo que me confunde es la forma ésta... Es diferente a la de mi casa... ¡No puede ser, claro!

#### L. V

17- Parece un caracol por aquí... Pero no tiene estas piernas... Y...

18- Esto son unas piernas... No sé, no caigo... Sólo un caracol... Esto no sé qué significa... (las piernecitas). Otro animalico, ¿puede ser? No sé...

#### L. VI

19- No lo veo como un animal... Como algo de decoración... Me confunden estas nubes...

20- Como un camino, un pasadi-zo puede ser... Pero estas nubes me confunden un poquito...

16- Un regalo que me hicieron... Pelusitas... Disecado porque es de color negro y gris, parece... (lo toca) ...me confunde... ¿Éstas piernas?... Son más grandes las mías... Tiene como unas cosas (lo toca con los dedos y las ma-nos y se lo pone en la boca)... aquél tiene dos dientes (se toca sus dientes incisivos)... ¡Así!

17- ¡Porque me gustan mucho! ...mi madre decía: "*¿qué hace-mos con tantos?*" ...por los cuer-nos... Los sacábamos sin parar de los geranios...

18- Piernecitas de cabrito... Siem-pre compraba mi madre los vier-nes para hacerlos allá... Son muy iguales... Por la forma.

19- Mi padre decía zanja... Que no era recto.

20- Yo he ido tanto al campo con mi padre... Y he visto caminos así.



21- O de decoración... Como dos patitas... O también, la forma de troncos... Es que, ¡claro!... ¡Allí hay tantos! ...un camino, sin esto.

21- Nubes de tormenta... Gris y muy negro... Como cuando mi padre nos decía: "¡vámonos!".

22- Un objeto de decoración, esto de caña... Y que ponen hojas o flores... ¡No, no!... ¡Una espada! ...en las casas de pueblo...

22- En mi casa hay un cuadro con dos espadas, regalo de mi padre... Esto la agarradera, por la forma...

### **L. VII**

23- O nubes... ¡Todo! ...me confunde un poco... ¡Lo del medio!...

23- Cuando salíamos por la noche lo veíamos como nubes... Como si fueran patitos medio gris y medio negro.

24- Piedras, abajo... ¡No! ...dos patitos.

24- Por las cabecitas éstas.

25- Una fuente, ¡todo! ...porque las hay... Lo que sale, el agua y las piedras de decoración.

25- A la salida de mi casa está la fuente, ¡clavada a ésta! ...el agua, esto gris clarito. ¡Hay tantas allí igual a éstas! ...por el borde... Como las que yo tengo allí.

### **L. VIII**

26- Como dos perritos... O lobos... Y también me confunde... Porque pueden ser hierbas esto verde, del campo... Podría ser todo... Pero la hierba es verde... Aquí hay algo... Pero no sé el significado.

26- ¡Son casi iguales! ...porque en mi casa hay... Al verlo, rápidamente lo he pensado. Esto verde porque siempre van los lobos a las hierbas para esconderse, para que no les maten en el pueblo...

27- Pantallas de mesa para decoración, con luz... La luz y la decoración... Dos perritos de decoración... ¡Nada más!

27- En la casita del pueblo hay una lámpara así con animales... Lo de colgar... Dibujos en la pantalla o cristales de distintos colores... Rosa...

### L. IX

28- A ver, ¿cómo se dice?... Eso de los corderos... Que va ligado, que lo venden en la plaza... Antiguamente la gente lo comía mucho... Que va el corazón y el hígado... Ahora no se vende en la carnicería... ¡Desperdicios! ...me confunde lo que es esto... Mi madre, como tiene gatos, los corta para ellos... Le decíamos: "*¡pongámostos en la nevera!*" ...un corazón (verde), la *melsa* (estos dos del mismo color)...

29- Dos peces también parecen... Que se han parado en la mar con algo que hay aquí... Esas hierbas que hay (lo verde)... O una rama... A comer... Esto me confunde un poco... ¡Esto no!... Siempre es verde la hierba, no rosa... Si no... Si es rosa es que está estropeada... ¡Normalmente!

(Sigue con la 28) El corazón no va... Esto sí que va... ¡Me confunde! ...mamá lo abre y lo trocea... ¡Todo junto! ...el garganchón... ¿Qué va a la izquierda? El corazón, ¿no? ¡Es que en estos momentos...!

### L. X

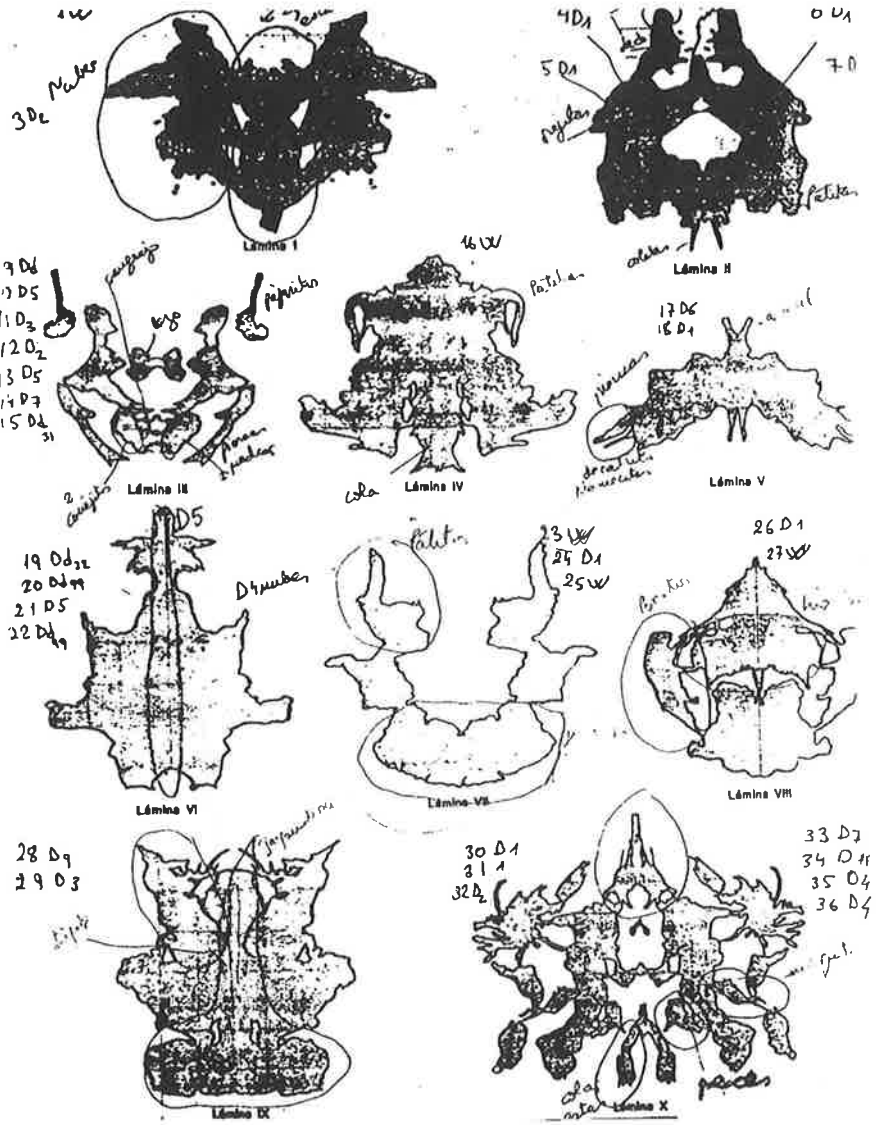
30- ¡Un poco confundida estoy! O una hierba del campo... O... ¡No sé!...

28- Estas cosas así... Van muy juntos la *melsa* y el corazón. Mamá nos decía: "*¡no lo pongamos en la nevera!*". Y los dejaba colgados... Clavados a un garganchón...

29- Por estos bigotes de este color más que nada. Yo tengo en casa... Esperan que yo vaya para darles comida... Verde como el césped porque yo lo tengo así también...

30- (Confundida) ¡Tengo tantas en mi casa! ...porque parece hierba, césped... No mala hierba, ¿eh? ...dos cuadritos así tenemos en

- la entrada... Como una decoración...
- 31- Un escarabajo que se agarra, una garrapata puede ser... ¡Dos! Azules... Estas patas...
- 31- Un árbol azul tenemos... Recogemos las hojas que arrastra el aire... ¡Una planta casi azul! ¡Estoy harta de verlos en el campo! ...por tantas piernecitas que tienen.
- 32- Esto tiene la forma como de dos peces (lo amarillo).
- 32- Por los ojitos y la forma.
- 33- Estos mosquitos que pican tanto... Gordos... (Confundida) Como dos...
- 33- Por la forma... Que están picando siempre... Los matas... Y... ¡Tienen la misma forma!
- 34- Como una lámpara, ¡así! ...dos ratas, si lo miro suelto... ¡Y ya me confunde!...
- 34- Yo he puesto en el comedor una clavada a esto... Lo del techo... dos ratitas. F.
- 35- Como dos colas... Pero, ¡no! ...de un animal... O...
- 35- Por la forma.
- 36- Dos patas, patitas para aguantar cualquier luz, puede servir para muchas cosas... ¡No veo nada más!
- 36- La tengo así con las piernecitas arriba... En el comedor... F.



El diagnóstico diferencial con técnicas proyectivas en un caso de abuso sexual

SEQUENCE OF SCORES

NO	LOC	#	DETERMINANT(S)	(2)	CONTENT(S)	POP	Z	SPECIAL SCORES
1	Wo	1	Fo		A	P	1.0	INC
2	Do	4	FC'o		A			PER, DR
3	Dv	2	Y	2	Cl			DV, PER
4	Do	1	Fo	2	A	P		
5	Dv	1	Fu	2	Le			PER
6	Do	1	Fo	2	A	P		DV2, PER
7	Do	3	Fo		A			INC
8	Do	2	F-	2	Hd			PER, DR
9	Ddo		Fo		Hd			PER, DR
10	Do	5	Fo	2	Hd, Cg			
11	Do	3	FCo		Cg			PER
12	D+	2	Fo	2	A, Bt		3.0	
13	Do	5	Fu	2	Bt			PER, DR
14	D+	7	FD-	2	Fd, Bt		3.0	INC
15	Ddo	31	Fu	2	A			
16	Wo	1	FT.FC'o		Ad		2.0	INC, PER, DR
17	Do	6	Fo		Ad			PER, DR
18	Do	1	Fu	2	Fd			PER, DR
19	Ddo	22	Fu		Art, Bt			
20	Ddv	99	C'		Cl			PER, DR
21	Dv	5	Fu		Id			PER, DR
22	Ddo	99	Fu		Id			DV
23	Wv	1	YFu		Cl			PER, DR
24	Do	1	F-	2	A			
25	W+	1	mpu		Art, Wa		2.5	PER
26	D+	1	CFo	2	A, Bt	P	3.0	ALOG, PER
27	Wo	1	FCo	2	Hh, A	P	4.5	FAB, DR, PSV
28	D+	9	mp.FCu		Fd		2.5	MOR, DR
29	D+	3	FMp.CF-	2	A, Bt		2.5	INC, FAB, PER, DR
30	Dv	1	C	2	Bt			PER, DR
31	Do	1	FMp-	2	A			INC2, PER, DR
32	Do	2	F-	2	A			PER, DR
33	Do	7	Fu	2	A			PER, DR
34	Do	11	Fu	2	Hh, A			PER, DR, FAB
35	Do	4	Fu	2	Ad			PER
36	Do	4	F-	2	Hh			PER

NAME: J AGE: 51 SEX: F RACE: MS: Married ED: 6

STRUCTURAL SUMMARY

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS BLENDS	SINGLE	CONTENTS	S-CONSTELLATION
				NO..FV+VF+V+FD>2
			H = 0, 0	NO..Col-Shd B1>0
af = 9	FT.FC'	M = 0	(H) = 0, 0	YES..Ego<.31,>.44
ZSum = 24.0	m.FC	FM = 1	Hd = 3, 0	NO..MOR > 3
ZEst = 27.5	FM.FC	m = 1	(Hd) = 0, 0	NO..Zd > +- 3.5
		FC = 2	Hx = 0, 0	YES..es > EA
W = 5		CF = 1	A = 13, 2	NO..CF+C > FC
(Wv = 1)		C = 1	(A) = 0, 0	YES..X+A < .70
D = 26		Cn = 0	Ad = 3, 0	NO..S > 3
Dd = 5		FC' = 1	(Ad) = 0, 0	NO..P < 3 or > 8
S = 0		C'F = 0	An = 0, 0	YES..Pure H < 2
		C' = 1	Art = 2, 0	NO..R < 17
DQ		FT = 0	Ay = 0, 0	4.....TOTAL
(PQ-)		TF = 0	B1 = 0, 0	
+ = 6 (2)		T = 0	Bt = 2, 5	SPECIAL SCORINGS
o = 24 (5)		FV = 0	Cg = 1, 1	Lvl Lvl2
v/+ = 0 (0)		VF = 0	Cl = 3, 0	DV = 2x1 1x2
v = 6 (0)		V = 0	Ex = 0, 0	INC = 5x2 1x4
		FY = 0	Fd = 3, 0	DR = 18x3 0x6
		YF = 1	Pi = 0, 0	FAB = 3x4 0x7
		Y = 1	Ge = 0, 0	ALOG = 1x5
		Fr = 0	Hh = 3, 0	CON = 0x7
		rF = 0	Ls = 1, 0	SUM6 = 31
		FD = 1	Na = 0, 1	WSUM6 = 89
		P = 22	Sc = 0, 0	
			Sx = 0, 0	AB = 0 CP = 0
			Xy = 0, 0	AG = 0 MOR = 1
			ld = 2, 0	CFB = 0 PER = 24
		(2) = 22		COP = 0 PSV = 1

FORM QUALITY

	FQx	FQf	MQual	SQx
+	0	0	0	0
o	13	8	0	0
u	13	10	0	0
-	7	4	0	0
none	3	--	0	0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 36	L = 1.57	FC:CF+C = 3: 3	COP = 0	AG = 0
EB = 0: 5.0	EA = 5.0	Pure C = 1	Food = 3	
EBPer = 5.0		Afr = 0.44	Isolate/R = 0.44	
eb = 4: 6	es = 10	S = 0	H:(H)Hd(Hd) = 0: 3	
Adj es = E	Adj D = -1	Blends:R = 3:36	(HHd):(AAD) = 0: 0	
		CP = 0	H+A:Hd+Ad = 15: 6	
FM = 2	C' = 3	T = 1		
m = 2	V = 0	Y = 2		
		P = 5	Zf = 9	3r+(2)/R=0.61
a:p = 0: 4	Sum6 = 31	X+A = 0.36	Zd = -3.5	Fr+rF = 0
Ma:Mp = 0: 0	Lv2 = 2	F+A = 0.36	W:D:Dd = 5:26: 5	FD = 1
2AB+Art+Ay = 2	WSum6 = 89	X-A = 0.19	W:M = 5: 0	An+Xy = 0
M- = 0	Mnone = 0	S-A = 0.00	DQ+ = 6	MOR = 1
		XuA = 0.36	DQv = 6	

SCZI = 2 DEPI = 4 CDI = 5\* S-CON = 4 EVI = No OBS = No

## Comentarios de las láminas

### *En L. I*

Avelina, después de una presentación convencional (mariposa), expresa su refugio en la experiencia personal, necesitando apoyarse en razonamientos prestados, porque, al parecer, desde ella misma, no tiene fuerzas para asumir nada (indefensión, fragilidad y vulnerabilidad –nubes–). La INCOM hace alusión a la dificultad por reconocer la esencia de las cosas, con problemas en su identidad. Expresa un conflicto con la boca y la vivencia de cosas asquerosas ocultas imposibles de controlar ni contener, bajo una barrera-coraza (escarabajo).

Hay una vivencia de desmonte y una crítica al objeto.

### *En L. II*

Reacciones histéricas, pero desvitaliza, como defensa contra el color rojo y las emociones. Parece tender hacia una CONTAM (las piedras, casi confundidas con animales). Elimina lo fálico porque le molesta. Aparece una señal de alarma (policia) ante cierta manipulación con los dedos y la mano (actuada sensorial y concretamente) que parecen sustituir las funciones fálicas. No puede asumir las diferencias sexuales, ella parece asumir el falo.

### *En L. III*

Vuelve a aparecer el conflicto fálico (con piernas y con cola entra en conflicto y lo desvitaliza con el tronco). Hay un principio de reconocimiento de diferenciación sexual, pero vuelve a lo infantil (no puede reconocer las diferencias sexuales, relacionado con la estructuración de su personalidad).

### *En L. IV*

Pierde la distancia entre lo que es objetivo y subjetivo. Preocupación por las zonas de simbolismo sexual. Cuando pierde las referencias infantiles entra en confusión y tiende a psicotizarse. Es capaz de actuar el conflicto sexual primitivo cuando toca concretamente la lámina y su boca (sexualidad oral y manual significativa).

### *En L. V*

No da la Popular. Responde con un animalito frágil, baboso, que se esconde bajo un caparazón.

### **En L. VI**

Refleja más evitación, indefensión e inconsistencia. Persiste la confusión y se desborda ante los contenidos sexuales. Aparecen perseverancia (PSV), nubes y fluidez cognitiva. El palo (contenido fálico) como espada.

### **En L. VII**

Indefensión e inconsistencia en la lámina que estadísticamente suele representar relación con la figura materna.

### **En L. VIII**

Primero tiende a irse a lo histérico (diminutivos) pero, con enorme fluidez de ideas, se va desmontando progresivamente a lo largo de las láminas; esconde a los lobos (lo más instintivo e inaceptado por ser vivido como dañino). Para no delirar, constantemente hace referencias a sus objetos (la rigidez que quiere aplicar con la imposición de sus esquemas vividos le hace tener dificultades para distinguir entre lo que ve y lo que fantasea).

### **En L. IX**

Aparece un conflicto básico de pasividad y dependencia oral muy primaria (necesidad del otro para vivir), con trastornos de pensamiento (INCOM y FABCOM) que traducen fallas perceptivas y relaciones imposibles entre ella y los demás. Tendencia al delirio y a lo psicótico.

### **En L. X**

Traduce su vivencia de nena pequeña, sin poder pensar, bloqueada y confundida. Puede actuar su confusionalidad (una C pura, en "una planta azul") y dejarse llevar por sus necesidades, expresando que lo que no pasa por su voluntad domina en ella.

El Test de Rorschach, globalmente, expresa que Avelina funciona por clichés sociales, tratando de mantener conductas que aprendió como referencias y necesitando siempre apoyarse en alguien. A su vez, requiere a su lado a alguien externo que le organice la vida, porque parece que ella no puede ser una nena descontrolada y con su pensamiento no puede dirigir ni organizar su conducta. Para no desmontarse psicóticamente (todo son D: objetos parciales; a nivel formal: Xu se confunde con Xo...), Avelina parece haber creado una sobreestructura perversa para no delirar y donde canalizar lo más primitivo, para tener un equilibrio (muy precario) y salvarse de la psicosis.



Tantas PER (n=24) y DR (n=18) traducen esta sobreestructura rígida a la que está fijada, todo ello muy escondido (autoreferencialidad y autoritarismo infantil: egocéntrica (3r+(2): 0'61), regresiva (DQv=6), cognitivamente inmadura, pasivo-dependiente (Fd=3, a:p=0:4) y sin poder pensar adecuadamente (abundantes trastornos de pensamiento), ni poder fantasear y explicar, ya que no tiene ninguna M de movimiento sino que tiene 3 C' como indicadores de represión y constricción).

De todo el Sumario Estructural, únicamente el CDI=5 es el índice positivo que apunta hacia problemas significativos de relación interpersonal, pareciendo descartarse una psicosis franca aquí, ya que el contenido, específicamente, más bien traduciría un trastorno de perversión.

## TRO

A1- "Como la sombra de un hombre y parece una sombra aquí... No sé si de un hombre o una mujer... Unas nubes aquí... Como si mirara a un árbol... O una sombra de una persona... O el mismo árbol... O miraba no sé qué clase de árbol, pensativo... Algún problema quizás... O mirar la cosecha como mi padre. A lo mejor yo lo he visto en casa... La cosecha, un árbol que no da buenos frutos quizás... Un señor paseando puede ser... Por una senda. ¡Nada más!".

Percibe correctamente aunque hay una adicción, más de una persona. No puede desarrollar la idea de pensativo, le cuesta. La soledad y la dependencia le cuestan y necesita compañía de una sombra, expresando conflictos de identidad. Actividad pasiva. Improductividad; no da buenos frutos. Confusión pasado-presente-futuro.

A2- "Parece como un niño y aquí una chica... Tampoco se ve el cuerpo, sólo la cabeza... No sé... Una montaña también... La cabeza, pero después no tiene cuerpo de mujer... Muy grande lo veo. La mujer más bien formada la veo, está asentada... Sólo se le ve la cabeza. Tienen unos 12 años, están hablando como amigos del colegio...".

Sólo hay el planteo del presente y con negación del conflicto. Dos sexos, pero de niños (inmadurez importante). No puede acce-

der a una heterosexualidad madura. Disociación y problemática entorno al cuerpo de mujer.

C3- “Como un hombre... Aquí también el cuerpo de otro hombre... Aquí una piedra de montaña... Rojo... Como una no distingue... Flores... O un árbol y una ventana... Esto como una manzana... No sé... Que el hombre fuera a coger manzanas... Como de Adán... Con amigos o sentados... Una jarra con una mesa... Una tacita... En el campo... ¡Qué sé yo...! ¡Para mi imaginación! Tomando algo... ¡Café!”.

Se va a lo obsesivo y lo oral. No tolera lo triangular, lo petrifica, evita el conflicto. Descriptiva y evitativa. Afectos disociados (no está dentro del conjunto). Adán y Eva hacen referencia a la fruta prohibida.

B3- “Puede ser una imagen... Veo muchas así en la iglesia, un santo, una virgen y esta otra imagen de un santito, pero un hombre o una mujer también pueden ser... De estos que se les mete dinero en muchas iglesias... Y éste, un chico que esté también allí... Si es una pareja en la puerta despidiéndose y un amigo que espera al chico... Amigos o novios puede ser... Más bien amigos porque se despiden en la puerta... Antiguamente se hacía... ¡Lo he visto en mi casa esto!”.

Problemática sexual negada. Idealización que tiende a la negación del conflicto (exclusión, confusión sexual, lo petrifica con las estatuas).

A6- “Parece todo como olas del mar... Porque no veo cosas... Pero... ¡Muy revuelta está! Como agua esto... ¡Que podría ser un día de tormenta y el agua se pone así”.

Ansiedades depresivas vividas como persecutorias, no puede deprimirse. Figura materna primitiva, tormentosa. Omisión (de los 6 personajes, negación de la realidad).

B1- (Descriptiva) “Como una cama, una cómoda con espejo, una puerta, barandilla que se bajara o subiera (en mi pueblo hay...), una persona, hombre o mujer, no lo distingo, que sale de la habitación, a lo mejor se va a leer un libro o a dormir por cansancio... Se quedaría dormido leyendo. ¡A mucha gente les pasa!...”.

Problemática de identidad sexual. No puede meterse dentro de sí misma. Resuelve el problema negando, durmiendo, no hay conflicto.

C6- "Como si fuera una persona con un brazo pero podrían ser montañas, aquí un rail de tren, como vías de tren... Como una cabeza o muchas cabezas, tres, o ninguna, y un trozo de montaña... Me confunde el brazo que levanta la mano, un hombre o una mujer aquí... Y serían piedras como yo tengo en la montaña. Dos personas esperando el tren para ir donde sea, a la playa u otro sitio. Dos piedras de decoración o para hacer bonito. Un techo y unas grietas que se le hacen, o una nube, no estoy segura... Nube porque la veo muy grande, muy exagerado. ¡Aunque en las masías se hacen grietas grandísimas!".

Distorsión perceptual. Negación frente a la autoridad. Conflicto y evitación. Percibe trastornos de pensamiento (grietas, amenaza de derrumbe). Confusionalidad, oscilación hombres-piedras (desvitaliza).

A3- "Como tres personas, igual esto es un chopo o una persona al lado... Me confunde un poco esta imagen... Más bien un pino que hace así... Sitios más verdes que otros... Por la cabeza podría ser una persona... O un árbol... Y aquí dos personas, hombre y mujer. Si son personas, un niño o una niña... Un matrimonio con su hijo...".

Cortes en la secuencia, incoherencia verbal. Organización pre-édipica. Percibe bien tres personas pero la apercepción le lleva a dar un predominio infantil y sin interacción entre ellos. Pone color donde no toca, emociones en el momento inadecuado.

B2- "Como una casa con ventanas, árbol, un pino o chopo pueden ser... Como si fuera una pareja, sólo distingo troncos gordos abajo... Pero es posible más una pareja. Esta imagen, otro pino... Que hiciera mucho calor y se vayan o amigos a la sombra del árbol".

No pasado-presente-futuro en ninguna. Percibe bien. No existencia de conflicto. Busca protección de un tercero. Clichés. Ausencia de relación interpersonal.

B6- "Parece mucha gente, un señor mayor, una familia, que se asomaran a la ventana... O también unas arcas que hay... Y esto quizás... No... Pero las puertas me confunden... Esto también está en las estaciones de tren... Me parece... Como una persona... Una chica, o una señora esto... A lo mejor también es de la familia o ha ido a ver algún puente o arca... Ellos miraban para abajo a algo... Mis padres o nosotros: *¡vamos a mirar!* A la puerta, a mirar desde el otro lado... No sé... Un campo o un jardín con flores...".

Autoreferencialidad (ansiedades confusionales). Negación de la exclusión del grupo. No hace una historia, describe.

C2- "Como una cama con un cuadro aquí. Una puerta, puede ser una señora... Mayor... Me acuerdo de la abuelita así con los brazos, de unos 70 años, me la recuerda, con coleta, a lo mejor no lo es y es otra cosa... A lo mejor ha subido a limpiar la cama, el polvo, asear la habitación... Los mayores tienen todo en su sitio... La señora fregaría para estar más en condiciones por la noche".

Omisión, sólo ve una persona. Negación del conflicto, lo transforma en obsesivo. Mucha limpieza entorno a la cama.

C1- "Una mesa, un jarrón... Para hacer alioli... (Describe) O aquello de mi pueblo para guardar cosas... Una cocina... ¿Hay un resplandor de las cosas que están dentro? Como si clareara la comida de dentro... La madre o abuela preparan la comida para su marido al llegar del campo o de trabajar... Como si estuviera la silla un poco rota. ¿Puede ser? Y han intentado arreglarla con un hilo... Lo rojo no tiene que ver nada... La silla, de paja y han intentado arreglarla con hilo rojo".

Distorsión perceptiva (transparencia en la comida). Silla rota, algo destruido.

Blanca- "¿Es igual que no haya pasado? ¿O que me guste a mí? Podía suceder que nos imaginamos que tenemos una piscina... Porque me gusta mucho a mí y donde yo vivo tengo una... Qué rápidamente estoy, cuando está nublado hago cosas que tengo que hacer, que también tengo mucho trabajo porque hay que limpiarla, echarle pastillas para el cloro porque la piel no se haga daño, y que todo el mundo quiere venir para bañarse en la piscina, vecinos del lado donde vivimos... Yo, como soy muy buena, les digo que sí, que pasen a bañarse...". (Descripción).

Autoreferencialidad. Fuga de ideas. Fallo de abstracción, lenguaje pobre. Huida regresiva a lo materno (agua, placer).

A partir del TRO interpretamos que hay una organización preedípica de la personalidad. Advertimos la presencia de una supraestructura infantil rígida para no delirar (no puede salirse de una percepción en función de sus experiencias personales; intenta que su realidad cotidiana se adecue a su infancia). Defensas arcaicas (negación, obsesión, evitación, descripción, disociación, desvitalización, etc.). No interacción de los personajes. Concretismo, no abstracción. Trastornos de pensamiento (fuga de ideas, confusión en distintos niveles) Autoreferencial (todo en primera persona). No pasado-presente-futuro en las historias (no puede elaborar una historia). No espacio mental, evacuación.

Los Tests Gráficos que se le administraron fueron: el HTPP, DAT y dos Familias.

## HTPP

### Casa

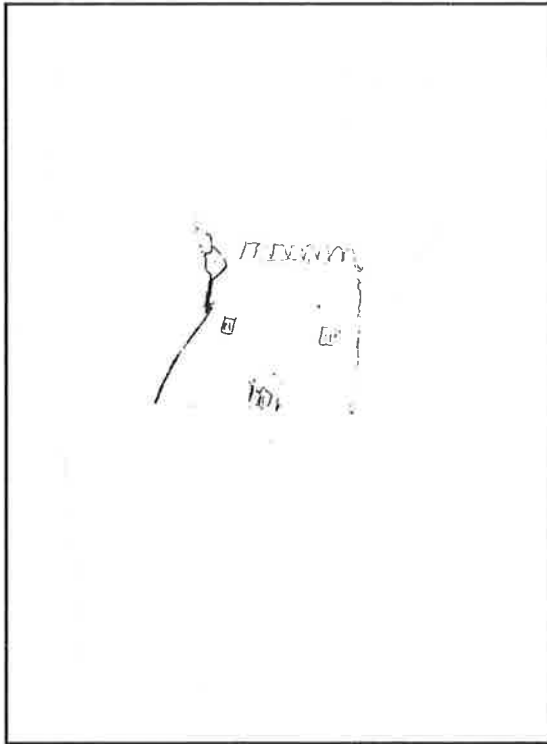
"No sé dibujar... A ver si lo hago bien... Nunca he dibujado una casa yo... ¡La casita que yo tengo! Me guío por esa... Plantas... Como un arco... Rejitas en la ventana... Humo... Tejas... Raya".

"Para la chimenea, como la que yo tengo... Son pareadas...".

"Pequeña, 25-30 años, normal para poder vivir. Que podrían estar las tejas estropeadas con la lluvia y el sol, por dentro no... Si imaginamos la que tengo está bien... Porque los materia-

les de ahora no los ponen nada buenos... Pondría un balcón en vez de ventanas... Una manía por la casa en que he nacido o porque me gusta el balcón que da a la calle... No tiene historia porque no sé dibujar... No se me ocurre nada en estos momentos...”.

A nivel guesáltico, cabe destacar pared izquierda reforzada y torcida porque hay una ruptura. No distinción techo-casa (antropomorfismo, casa-fachada, chata, bidimensional, casa pareada). Dificultades en la puerta (confusionalidad del trazo). Barrotes que no alcanzan totalmente en las ventanas. Balcón.

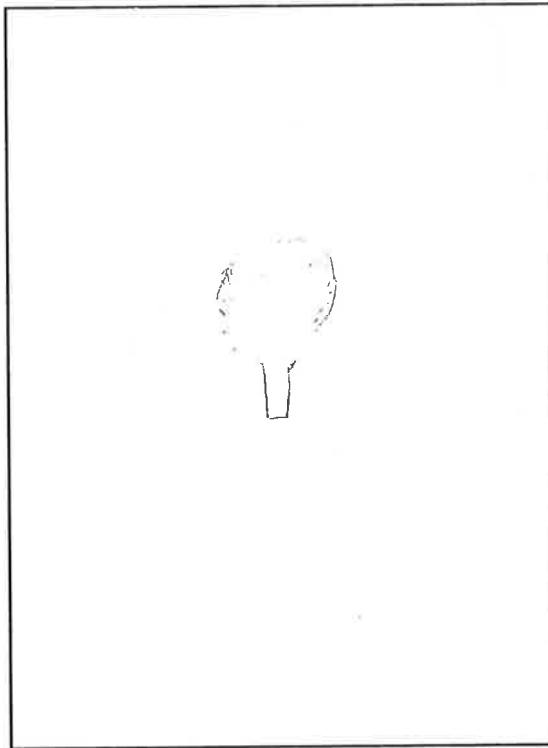


Autoreferencialidad, pérdida de distancia. Concretismo, dificultad de simbolización. Defensas obsesivas que le fallan (contradicción y confusionalidad). No puede apoyarse en sus contenidos internos ni en su pensamiento, busca referencias y apoyo externo para no perderse/caerse (casa pareada). Miedo a la exposición, necesi-

dad de ocultamiento. Problemas en la internalización. Referencias a trastornos de pensamiento. Amenaza de derrumbe psíquico.

### Árbol

“¿Es igual un pino? Es así, muy lleno de hojas... Lo que yo he visto más de pequeña... Es un árbol pequeño... Feo, porque no sé dibujar... ¡Pero son muy bonitos! ¡No sé dibujar! Son preciosos, huelen muy bien, me gustan mucho a mí los pinos. Hacen muy buena sombra. La única verdad es que me han gustado siempre...”



No sé cual inventarme... Porque de pequeña no me he caído de un pino ni nada... Cuentos de caperucita me explicaban para dormir... Pero no me da mi mente para un cuento ahora... Mi nieto juega alrededor de los pinos... Siempre se esconde, es el escondite, y vamos corriendo alrededor...”

A nivel gestáltico: primitivo, tipo herradura. Tronco rígido. Trazos impulsivos dentro de la copa que salen afuera. Repasa la copa.

Coraza caracterial rígida. Impulsividad. Predominio de referencias infantiles y sensoriales, del mundo del placer ("me gusta", oler, "lo que yo he visto de pequeña").

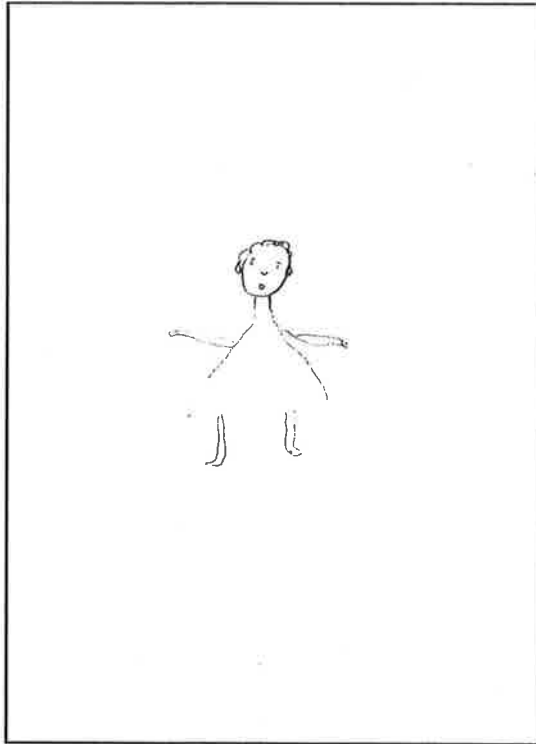
Alusión a la falta de desarrollo de su pensamiento y simbolización, desvalorización. Parte infantil que se esconde a través del nieto.

### *Dos Personas*

- *La primera figura:*

"María y tiene 20 años".

"¿Es igual grande o pequeña?" (Los pone de cara al entrevistador) "Una de mis amigas, como un cuento. Muy buena chica.



Siempre me decía: "estáte arreglada a las siete que si no, ¡no te espero!". Es mucho más mayor que yo, es de mi quinta. Es



gorda... ¡Como yo la he hecho pequeñita! Una chica maravillosa es, aparte de amigas, somos vecinas, está casada en el pueblo y tiene dos niños. No sé... Porque es un dibujo que he hecho así y no sé que contaría... Parece una niña en vez de una chica, ¿no? Diez años le daría. Sólo quieren jugar porque a esa edad yo también... No se me ocurre nada...”.

Gestálticamente y según el sistema de evaluación madurativa de Koppitz, el grafismo de Avelina traduce problemas graves emocionales e inmadurez. Ojos negadores, orejas, cuello excesivamente largo, boca abierta que no cierra, quiere hacer una mujer y le sale una niña, cuerpo con gran volumen en la zona genital con un trazo que casi no se aprecia, confusionalidad con las distintas edades, y segmentado que traduce inmadurez –según Luquet– y no una integración interna de sí misma.

Conflictos de identidad, relaciones de superficie “como si”, rigidez y apariencia social (lo histérico: arreglada, todo va bien).

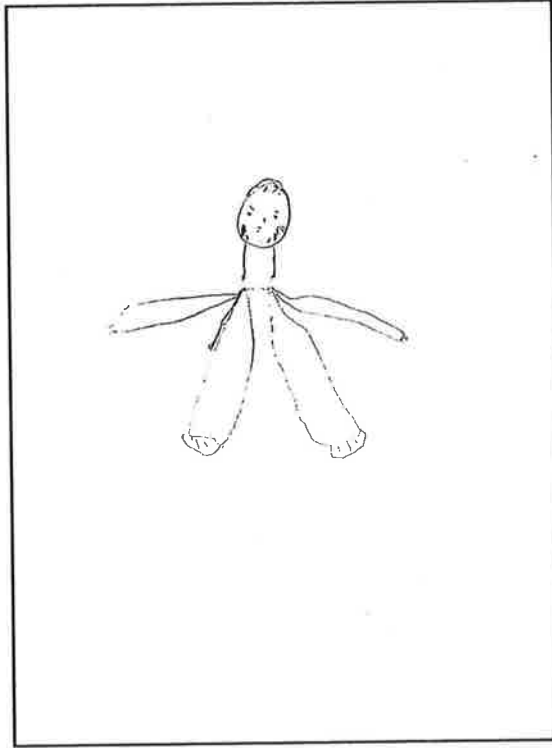
- *La segunda figura:*

“Albert, de 17-18 años”.

“¿Un señor? Un hombre me parece que yo nunca lo he dibujado, no sé cómo me saldrá... ¿Yo de hombre?... Podría ponerle barba... Dedos de los pies... Descalzo... ¡Lo he hecho muy niño! No sabría hacerlo de más hombre, ¡me costaría mucho! Le he puesto el nombre de mi nieto... No sé inventarme cuentos”. (Tose) “Si tiene 17 años puede tener unos buenos estudios o sino para trabajar es muy difícil...”. (Tose) “No sé qué podría decir de este chico... No se me ocurre nada...”. (Tose) “Me da vergüenza de este dibujo pero no sé dibujar más... ¿Qué voy a hacer? ¡Mis hermanos tampoco!” (Crítica al objeto, quejas porque no le enseñaron bien ni le dieron suficiente atención en casa, ni por parte de los maestros de la escuela).

Transparencias en la oreja y dedos del pié. Cuello largo. Omisión zona genital. Necesidad de poner atributos sexuales secundarios para identificarle sexualmente (lo externo le da identidad). Negación y confusión de la sexualidad. Fijación infantil (referencia concreta al nieto). Frustración oral, crítica al objeto (no le han dado bastan-

te). Necesidad de controlar sus impulsos y actos. Problemas de lógica. Manos tipo pincho.

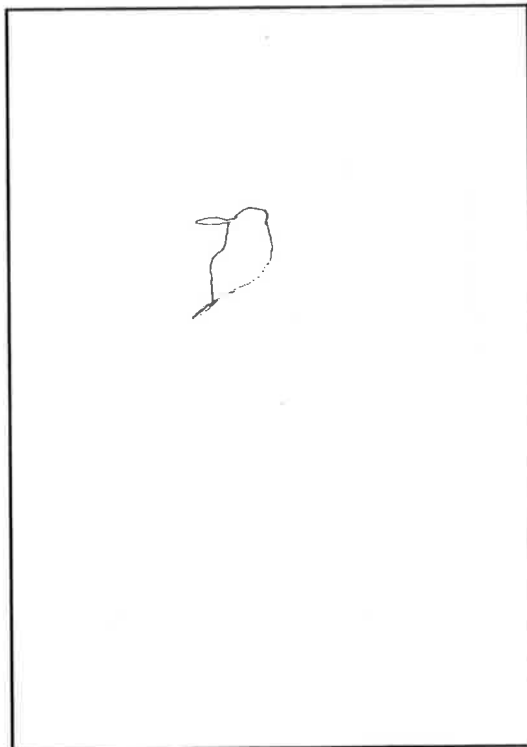


## DAT

“No sé si me saldrá bien... El que me gusta más es el pajarito, no sé dibujar bien... Es jovencito, unos 6 meses... Las piernecitas que se aguantan en la rama... Tengo un montón todos los días...”. (Fuga de ideas) “¿Del pobre pajarito? No sé si tendría mucha vida o no... Recuerdo que en mi casa hacían nidos y mi madre esperaba que mi padre se fuera para tirar el nido... Porque se le comían los tomates, lo picoteaban todo... Y luego las cerezas que tenemos no valían para nada”.

“El que más me gusta... Son los pajaritos porque desde pequeña los oigo... Y los gatos siameses... No tengo nada en contra de los otros, ¿eh?... Con mis padres iba al campo y encima de la masía oíamos “pip-pip”... Como que te esperaban y te despiertan... Me gustan... No sé porqué...”. (Y refiriéndose a los gatos) “¡Los ojos azules! Tan majos... O será porque tengo a

la chica del lado, un matrimonio que tienen uno y pasa a mi casa y le hago así al pelo... Le he cogido un poco de cariño... ¡A veces son cariñosos los animales!...”.

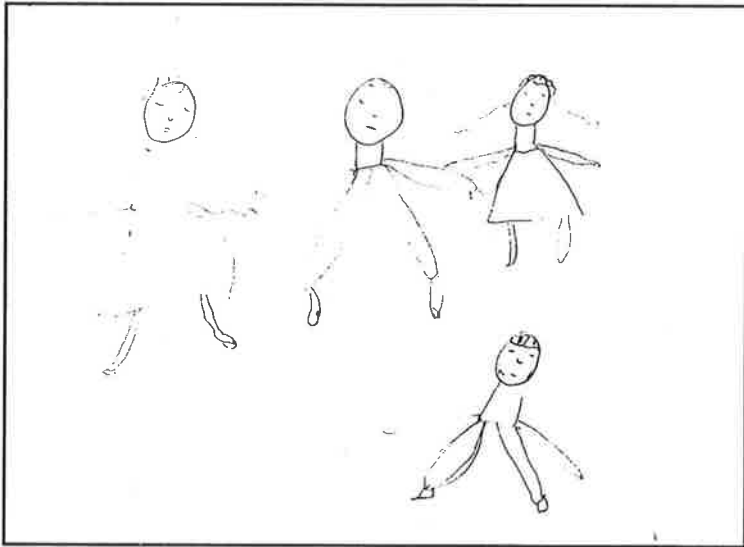


“El que menos me gusta... La culebra, no sé porque... No lo entiendo... Cuando íbamos al campo con mi padre, decía:”*¡alárgate de las culebras!*” Porque picaban o son venenosas... ¡Me dan miedo!”.

Conflicto vital referente: aspectos pregenitales, los únicos referentes que tiene son los infantiles (énfasis y alusión a experiencias orales dañinas y peligrosas o destructivas, y al rechazo del cojín básico para sus necesidades más infantiles —el nido que se tira—) y regresivos (un pajarito de 6 meses). Necesidad de apoyo (sobre la rama). Límites imprecisos (el gato de la vecina que se cuele). Simbolismo fálico que le resulta persecutorio (culebras malas). Negación y rechazo de la agresividad.

## Familia inventada

“¿Es igual niño que niña?... Yo la hago muy infantil porque no sé más... ¿La mamá?... Puede ser... Pero con 10 años no puede ser... Como mínimo 16 años... Las chicas del pueblo... Si ni la regla tienen... El cuellecito... Del hombre, no sé... Los pies no me salen... Le he hecho esta raya porque no me he dado cuenta, pensaba que hacía una mujer. De niña sólo hacía que bordar... Y mi padre: “*¡a trabajar siempre!*”. Y no lo que tienen que enseñar... Nos dejaban allí haciendo esto... Nos pusieron una maestra particular y estuve un año con ella pero a los 14 años...”. (Quejas y amargura).



“Una familia normal y corriente, trabajadora, que tienen un niño de 7 y una niña de 10 y están luchando para poderlos subir para arriba... Para darles estudios, si ellos quieren... Porque, en mi caso... ¡No fue así! A lo mejor el niño es más estudioso que la niña, tienen más problemas con ella porque no quiere... Así, como con mi hermana. Los padres quieren ver a los hijos bien para cuando sean grandes ocupar un buen sitio de trabajo, porque hoy día saber es lo mejor que hay... Abre puertas... Luchan muchos años para tener buena situación en sus casas”.

“El más simpático... Como mi familia, es el padre... Normalmente es al que le pides una cosa y dice que “no”, y luego el niño

se lo consigue a la madre ("*¡no, que hacen daño las golosinas!*", o la bici, pelota...). El buen padre da buenos consejos y estudios, se dedican más o igual que la madre, según el trabajo...".

"El menos simpático... La niña porque el niño cede más en dejarte los juguetes y la niña dice: *¡no te dejo que es mío!*".

"El más bueno... La madre, porque lo tapa todo, no ve nunca ningún problema y cede siempre, ¿no?".

"El menos bueno... Todos son buenos, no hay ninguno malo. En una familia de cuatro es raro, todos los que yo conozco se llevan bien. Los niños son niños, la madre un poco más dura, más recta y severa".

"El más feliz... Todos, en una familia de cuatro personas. Los cuatro se ponen a quitar la mesa".

"El menos feliz... Ninguno".

Se identifica con la madre ("soy muy madraza, muy buena y... ¡Digo *ora pronovis* a todo!").

### *Su propia familia*

"¿Como ésta?" (Se refiere a la anterior) "¿No le importa que la haga igual?". "Me dicen que parezco una niña de dos años dibujando. La chica y el chico, la madre, los pelos rizados de mi madre y de mi padre, el pelo corto que lleva... Ay, ¡falta mi hermana! (La coloca abajo). Con los pelos alborotados. ¡Muy presumida!".

"La primera figura: yo".

"El más simpático... El padre, porque siempre que estamos tristes o hay un problema, nos dice: *¡tranquilos que se solucionará!*".

"El menos simpático... El hermano, es un poco serio, si no le hablas no te habla".

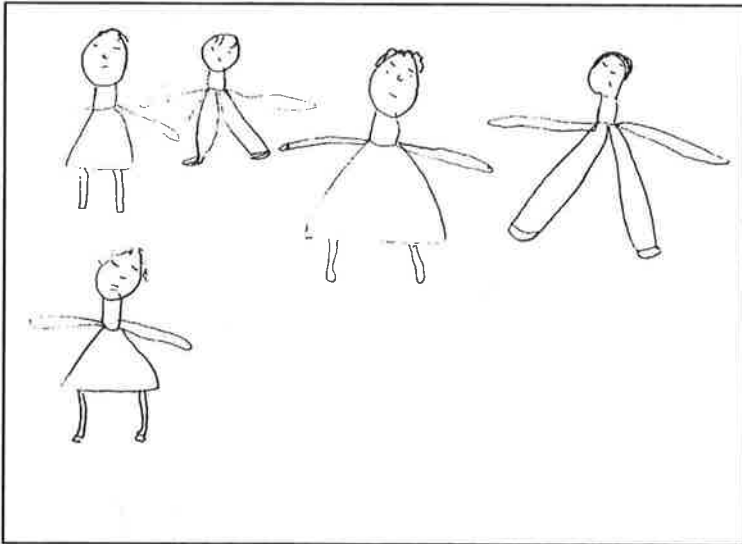
"El más bueno... Puede que yo, porque cedo en todo, dicen: *qué buen corazón que tienes!*".

"El menos bueno... ¡Lo somos todos!... ¡No sé a quien poner! ¡Me llevo bien con todos! Si pongo a uno, ¡es malo!... Si pongo a otro, ¡también es malo!... El padre, es quizás quien nos hace ir un poco más rectos".

"El más feliz... Mi madre, es una mujer superfeliz, ¡porque se sienta y se duerme al momento!... Es poner la TV, y...".

“El menos feliz... Gracias a Dios, yo no tengo ningún problema y mis hermanos tampoco. El pobre de mi padre, que se la carga. Ponemos a mi hermano porque si algo no le sale bien dice: *¡es que me he levantado con la pierna al revés!* (por ejemplo: si el pescado no está fresco para el supermercado)”.

Se identifica con el padre, “porque siempre me he llevado muy bien con él, nunca me ha reñido ni pegado... La madre tampoco... Es buena, pero dice: *¡esto hay que hacerlo!* Y luego... ¡A jugar!... Mi padre nos consentía más, excepto a la hora de venir: *¡de 8 a 9!*”.



Todos los resultados de las pruebas proyectivas nos parecen confirmar, pues, la existencia en Avelina de una complejidad psicopatológica importante en su personalidad (perversión bajo la que subyace una estructuración psicótica). Luego ya, contrastando ciertos datos de su biografía infantil, probablemente podemos aventurar con cierta seguridad que aquella parecía estar muy en relación a la fijación evolutiva traumática en un momento precoz de su vida (los dos años de edad).

Sachs (1995) afirma que siempre existe un elemento residual en las experiencias infantiles donde se desplaza todo el placer de una primera sexualidad pregenital, que tiene alguna relación con el yo y por eso escapa de la represión.

Los conocimientos psicoanalíticos nos hablan de las distintas etapas por las que el ser humano realiza su desarrollo psicosexual. En las

primeras, la satisfacción libidinal es básicamente parcial (no es con un objeto total, pues aún no se está en condiciones de poder percibir). Se trata de una forma de relación claramente subdesarrollada en la que todos los aspectos del amor, afecto y relación están ausentes o poco presentes. La elección de objeto es narcisística por la búsqueda de lo idéntico (como sucede en la paidofilia).

En Avelina parece darse una fijación psicoevolutiva que le impide llegar al objeto total. Según la patología del inacabamiento estudiada por Balier (2000), ya sea en forma de agresión padecida o de mala experiencia con los padres de la primera infancia, lo que está en juego es lisa y llanamente la desaparición del sujeto como tal (desinversión del sujeto por parte de él mismo, es decir, la pasivización, la cual, según A. Green, pertenece al orden de la locura y pone en cuestión la identidad). Señalar en este punto que de las distintas líneas de pensamiento sobre el tema de la perversión, existentes desde que Freud inició su teoría, comparto y he escogido aquí la de Balier.

Más allá de estrechas similitudes entre la perversión y la psicosis (por ejemplo, el ataque contra el objeto y el propio pensamiento), la diferencia principal radica en que en la psicosis se da la negación severa de la realidad y la ausencia de la relación con el objeto interno y externo, y no, en cambio, una situación intermedia (en la perversión), donde el *self* no queda tan dominado y invalidado como en la psicosis, sino que conserva un grado importante de libertad y posibilidad de maniobra, de contacto con la realidad, como así parece suceder en este caso. Avelina tiene la impresión de no ser como los demás, con lo que testimonia la subsistencia de un sentimiento de identidad, casi por defecto.

En ella aparecen sentimientos de admiración y, a la vez, de decepción hacia el padre por no haberle dado su fuerza. Hay un fracaso en la interiorización del falo (como logro de completud), buscándolo después en su mundo externo a través de la repetición de los actos. La angustia psicótica recae sobre la "autorepresentación entera" por el peligro de estallido que supone la representación de la alteridad/identidad sexuada del padre.

Utiliza las pulsiones destructivas como desobjetalización de sí misma, aboliendo al mismo tiempo su propio estatuto de sujeto. Esta función de anulación personal parece ser un procedimiento radical para tratar de evitar el trabajo de duelo (necesario siempre para evolucionar y crecer).

Este peritaje psicológico finalizó con un acuerdo conjunto entre abogados para desestimar su presentación a juicio, por razones obvias de todo el contenido clínico aparecido a lo largo de la exploración psicológica, que hubiera supuesto, previsiblemente, una probable inculpación penal y no, precisamente, argumentos consistentes para la defensa de Avelina, como en un principio se pretendía.

## Bibliografía

- BALIER, C. (2000). *Psicoanálisis de los comportamientos sexuales violentos. Una patología del inacabamiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- DOLTÓ, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- EXNER, J. E. (1994). *El Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Frank de Verthely, R. (1976). *El T.R.O. de Philipson*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FREUD, S. (1905). Tres ensayos sobre una teoría sexual. O. C. Vol. IV.
- HAMMER, E. (1976). *Tests Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- KAPLAN, L. J. (1994). *Perversiones femeninas*. Buenos Aires: Paidós.
- KERNBERG, O. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- KLEIN M. (1932). Ansiedades tempranas en el niño. O. C. Vol. I.
- MACDOUGALL, J. (1995). *Las mil y una caras de Eros*. Buenos Aires: Paidós.
- PONT, T. (1998). *Breves encuentros con delincuentes. Aportaciones psicológicas a la Justicia Penal*. Barcelona: Editorial Herder.
- PONT, T. (2000). Un cas d'abús sexual: Perversió o Psicosi? Comunicació personal en el *Cicle de casos clínics a la Fundació Vidal i Barraquer*. Barcelona.
- SACHS, H. (1995). Sobre la génesis de las perversiones. *Rev. Cat. Psiconàlisi*, 12, 2, 49-56.
- SAMI-ALI. (1977). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- WIDLOCHER, D. (1978). *Los dibujos de los niños. Bases para una interpretación psicológica*. Barcelona: Herder.

Teresa Pont Amenós  
Córcega, 238  
08036 Barcelona



## PERCEPCIÓN Y PENSAMIENTO SCZI VS. PTI

*Pedro Pérez, Natividad Briones, M<sup>a</sup> Luisa Plumed  
y Alicia Tamayo*

### RESUMEN

El índice de realidad basado en los procesos que afectan a la percepción y pensamiento ha constituido desde siempre una frontera que discrimina la gravedad de la patología y el pronóstico terapéutico. Los recientes cambios establecidos por J. Exner en cuanto a los Índices SCZI y PTI venían exigidos por una mayor precisión y ajuste en el diagnóstico, en relación con la observación clínica. El trabajo presenta los resultados del estudio de una muestra de 50 pacientes externos que acuden a la consulta ambulatoria de un hospital general (Fundación Jiménez Díaz, de Madrid). Se analizan las distintas variables del Índice SCZI en aquellos protocolos que ofrecen valores significativos (4, 5 o 6) y se comparan las diferencias obtenidas con el nuevo Índice de Percepción-Pensamiento (PTI).

### ABSTRACT

The index of reality based on those processes affecting perception and thought, has always established a border which allows to evaluate the seriousness of the pathology and the therapeutic prognostic. The recent changes set by J. Exner in the SCZI and PTI index, were demanded by the inaccuracies in the diagnosis, related to the clinical observation. This works contains the results of studying a sample of 50 external patients, who attended the office in a general hospital (Fundación Jiménez Díaz, in Madrid). The results of the SCZI index

have been analysed in those significant protocols (SCZI: 4, 5 or 6), and the differences obtained are then compared to those of the new Perception-Thought Index (PTI).

### **Introducción: una mirada retrospectiva**

Los trastornos de pensamiento han constituido desde siempre una frontera para diferenciar la gravedad de la patología y establecer un pronóstico terapéutico.

A lo largo de las dos últimas décadas, el grupo de variables en relación con el índice SCZI ha ido cambiando significativamente en el sistema comprensivo Exner. Hasta 1981 se limitó a la descripción de una serie de variables relacionadas con el control emocional y con las alteraciones perceptivo-cognitivas, pero no se definieron los límites, el punto de corte o la proporción, a través de los cuales se estableciera una verdadera patología. Quedaba, por tanto, mucho margen para la subjetividad del examinador (Exner, 1978).

En 1983 aparece ya en Exner un grupo de variables con límites más precisos en su cuantificación y referencia diagnóstica. Los problemas de la etapa anterior desaparecen, en buena parte, con la formulación de 5 criterios, ahora mejor acotados:

1. La presencia de trastornos de pensamiento en número de 4 o más
2.  $FABCOM + ALOG + CONTAM > DV + INCOM$
3.  $X+\% < 0.70$
4.  $FQx- > FQxu$
5. La presencia de M-

Este conjunto de variables permitiría un diagnóstico fiable para un 65% a 75% de los sujetos, pero no puede evitar la aparición de un 25% de falsos positivos.

Se insiste sobre todo en la aparición de códigos especiales, de trastornos de pensamiento y en el déficit de la calidad formal (FQ). No se incluyen prácticamente en el índice las alteraciones en el área emocional.

Weiner (1966) ya había conceptualizado cuatro criterios de los cuales dos se relacionaban con aspectos emocionales:

1. Control emocional deficiente
2. Relaciones interpersonales perturbadas
3. Deterioro en el ajuste perceptivo
4. Trastornos de pensamiento

Mucho antes, H. Rorschach (1921) y otros autores valoraron ya como decisivo la interferencia de los factores emocionales en las alteraciones perceptivas y de pensamiento. Le dieron mucha importancia, por ejemplo, a la presencia en un protocolo de respuestas C puras y contenidos crudos del tipo "sangre", que se asociaban a la pérdida del sentido de la realidad provocado por un grave descontrol impulsivo y/o emocional.

La aparición de falsos positivos se planteó como un grave problema y en 1985 se intenta reajustar el índice SCZI, incluyendo la variable  $X\% > 0.20$  y añadiendo una mejor distribución de Códigos Pesados. De esta forma, se configura el siguiente índice:

1.  $X\% < 0.70$
2.  $\text{Sum FQ-} > \text{ó} = \text{Sum FQu} \text{ ó } X\% > 0.20$
3.  $M - > 0 \text{ ó } \text{WSum } 6 > 11$
4.  $\text{Sum DV} + \text{DR} + \text{INCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} > 4$
5.  $\text{Sum DR} + \text{FABCOM} + \text{ALOG} + \text{CONTAM} > \text{Sum DV} + \text{INCOM}$   
ó  $M - > 1$

En 1989 se añadió la referencia a las respuestas disruptivas de "espacio blanco" ( $S\% < .41$ ), hecho que supone valorar determinados problemas emocionales perturbadores.

También se valoraron de modo diferente los grados de distorsión, añadiendo los niveles 1 y 2 en los Códigos Especiales y, sobre todo, se incluyó un punto de corte más preciso, que se estableció en distintos gradientes: SCZI=4, SCZI=5 y SCZI=6. De este modo, se intentaba una mejor discriminación entre el trastorno esquizofrénico y el que no lo es.

1.  $(X\% < 0.61) \text{ y } (S\% < 0.41) \text{ ó } (X\% < 0.50)$
2.  $X\% > 0.29$
3.  $(\text{Sum FQ-} > \text{ó} = \text{Sum FQu}) \text{ ó } (\text{Sum FQ-} > \text{Sum FQo} + \text{FQ+})$
4.  $(\text{Sum Nv2} > 1) \text{ y } (\text{FAB.2} > 0)$
5.  $\text{Sum } 6 > 6 \text{ ó } \text{Wsum } 6 > 17$
6.  $(M - > 1) \text{ ó } (X\% > 0.40)$

Estos criterios se basaban en el hecho de que puede haber trastornos cognitivos transitorios o más estables, correspondientes a síndromes fronterizos, o trastornos afectivos mayores en los que abundan rasgos psicóticos pero en los que no se establece ni cristaliza una verdadera psicosis. Por ejemplo, adicciones, perversiones,

perturbaciones afectivas agudas o cuadros de inmadurez en adolescentes o en niños.

En nuestro trabajo sobre "Perversión. Afecto y Pensamiento", (P. Pérez, N. Briones, M. Plumed y A. Tamayo, 1997) encontramos un 48% de sujetos con SCZI > 4, es decir, potencialmente psicóticos o esquizofrénicos pero que, desde el punto de vista clínico, no lo eran.

Su diagnóstico clínico se correspondía con Trastorno Límite de Personalidad, con alteraciones de comportamiento de componente perverso o parafilico. No coincidía en ninguno de los casos con la existencia de esquizofrenia, ni siquiera de psicosis franca.

Presentaban un claro trastorno de escisión en su personalidad, graves perturbaciones afectivas y narcisistas, y un alto SCZI. Sin embargo, mantenían un índice de realidad suficientemente adaptativo. Los sujetos de dicha muestra destacaban en su entorno socio laboral por ser eficaces y brillantes.

En suma, el índice SCZI de 1989 no resultaba suficientemente discriminativo en esta muestra.

En el último Congreso Internacional de Rorschach (Ámsterdam, 1999) se presentaron serias críticas sobre el índice SCZI, entre las que cabe destacar:

1. Mantiene excesiva dependencia del concepto de esquizofrenia planteado por el DSM.
2. No evita suficientemente ni falsos positivos ni falsos negativos.

Este cuestionamiento crítico del índice SCZI motivó un planteamiento diferente en relación con el estudio de los Procesos de Percepción y Pensamiento. Por una parte, liberar al Rorschach de los criterios psicopatológicos de moda, dado que el concepto de psicopatología es algo cambiante, en cualquiera de los síndromes que incluye, y por lo mismo también el concepto de esquizofrenia. Por otra, se pretendía valorar no tanto un índice con punto de corte a partir del cual establecer el diagnóstico SCZI > 4 ó SCZI > 5, sino más bien estudiar los procesos que el sujeto utiliza, tanto en el área de sus afectos e impulsos como en los aspectos de percepción y pensamiento, de una manera más integrada. Los afectos alteran la percepción y viceversa.

En el índice PTI aparecen valores Rorschach que permiten comprender mejor la dinámica motivacional del sujeto y qué sistemas dominan en ese momento en su conducta, organizando o desorgani-

zando tanto las áreas cognitivas como sus modos de relación interpersonal.

La psicopatología clásica subraya la importancia de los casilleros, etiquetas y categorías diagnósticas como compartimentos estancos. El DSM IV tiene mucho que ver con esa forma de corte diagnóstico.

Desde Freud hasta nuestros días se entiende la psicopatología cada vez más como un continuum. En cada sujeto y en determinados momentos hay rasgos y posibilidades de descompensación, aunque como estructura pueda mantener líneas estables en su comportamiento.

Las alteraciones cognitivas y emocionales son interdependientes y por lo mismo no definitorias de un único cuadro diagnóstico. En esta línea puede ser mucho más importante el PTI que el SCZI, pero tendremos que darnos un margen de tiempo para comprobarlo.

## Muestra y método

De la base de datos de la Unidad de Psicología Clínica de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid) se ha extraído una muestra de 50 protocolos diagnosticados de Trastorno Psicótico y/o Esquizofrenia, de los cuales 21 son mujeres y 29 hombres, de edades comprendidas entre los 15 y los 65 años, con una media de 31.76. Los protocolos ofrecían una media de 20.8 respuestas y una media de Lambda 0.77.

Se han revisado las variables que integran el SZCI siguiendo los criterios normativos de 1989 y de 1994 en cada uno de los protocolos y han sido valorados nuevamente siguiendo los criterios del PTI.

### SCZI – 1994

1.  $(X+\% < 0.61)$  y  $(S-\% < 0.41)$  ó  $(X+\% < 0.50)$
2.  $X-\% > 0.29$
3.  $(\text{Sum FQ-} > \text{ó} = \text{Sum FQu})$  ó  $(\text{Sum FQ-} > \text{Sum FQo} + \text{FQ+})$
4.  $(\text{Sum Nv2} > 1)$  y  $(\text{FAB.2} > 0)$
5.  $\text{Sum } \delta > 6$  ó  $\text{Wsum } \delta > 17$
6.  $(M- > 1)$  ó  $(X-\% > 0.40)$

## PTI – 2000

1.  $XA\% < 0.70$  y  $WDA\% < 0.75$
2.  $X-\% > 0.29$
3.  $Nv\ 2 > 2$  y  $FABCOM2 > 0$
4.  $R < 17$  y  $WSum\ 6 > 12$  ó  $R > 16$  y  $Wsum\ 6 > 17$
5.  $M- > 1$  ó  $X-\% > 0.40$

## Criterios de selección

1. Criterio Clínico: Trastorno Psicótico severo y/o Esquizofrenia
2. Índice SCZI con puntuaciones de 4, 5 y 6
3. Han sido excluidos los protocolos que:
  - No reunían un número válido de respuestas
  - No resultaban fiables para el grupo de expertos que revisaron los protocolos
  - $L > 0.99$
  - Con edades inferiores a 15 años o superiores a 65

## Objetivos

Nos proponemos investigar sobre las aportaciones que incluye el PTI en relación al SCZI en la evaluación de los procesos perceptivos y de pensamiento en el sujeto y sus consecuencias de cara a un diagnóstico y pronóstico.

## Análisis de resultados

1. Por intervalos de edad

<u>Edad</u>	<u>Porcentajes</u>
15 - 25	38%
26 - 36	30%
37 - 47	16%
48 - 58	10%
59 - 65	6%

Parece significativo que el 68% de la muestra se sitúa en edades inferiores a los 35 años.

## 2. Por sexos

Edad	Varón	%	Mujer	%	Total	%
15-25	12	24%	7	14%	19	38%
26-36	11	22%	4	8%	15	30%
37-47	2	4%	6	12%	8	16%
48-58	3	6%	2	4%	5	10%
59-65	1	2%	2	4%	3	6%
	29	58%	21	42%	50	100%

Aparece un 16% más de hombres que de mujeres. Resulta significativo que en la franja de edad 15-35 años la muestra se distribuye en un 46% de hombres y un 22% de mujeres.

## 3. Distribución de la muestra SCZI vs. PTI

SCZI	Nº de sujetos	PTI
6	11	5
		4
		3
5	14	4
		3
		2
		1
4	25	3
		2
		21
		4

$SCZI = 6$

Resulta significativo que de los 11 pacientes con puntuación SCZI máxima = 6 (22% de la muestra) sólo 8 obtienen una puntuación de 5 en PTI y 3 puntúan con un rango inferior, PTI = 4.

### SCZI = 5

Encontramos igualmente variaciones en los resultados de PTI. De los 14 pacientes SCZI = 5 sólo 11 puntúan PTI = 4, obteniendo los 3 restantes valores inferiores.

### SCZI = 4

Por último, de los 25 protocolos con SCZI = 4, un grupo de 21 sujetos puntúan PTI = 3 y 4 sujetos obtienen un PTI = 2.

En resumen, de los 50 protocolos, un 20% (10 sujetos) obtienen puntuaciones no esperadas en relación a su anterior valor en el índice SCZI. Podríamos pensar, quizás, que coincide con ese 25% que Exner dice que corresponde a alteraciones afectivas mayores.

## 4. Análisis del índice PTI

Analizando con mayor precisión los resultados obtenidos, observamos que son las variables correspondientes a los ítems 1 y 3 las que mejor discriminan y diferencian los resultados entre el SCZI y este nuevo criterio PTI.

1.  $XA\% < .70$  y  $WDA\% < .75$
3.  $Nv\ 2 > 2$  y  $FAB.\ 2 > 0$

Entendemos que al incluir las respuestas FQu se hace referencia implícita a los aspectos emocionales con los que el sujeto configura selectivamente sus percepciones de la realidad, valorando unos u otros aspectos de la misma en función del interés o resonancia que le despierta, en unos casos de modo positivo y en otros de modo aversivo.

Se podría pensar algo semejante en relación con la variable WDA%, por cuanto que al excluir las respuestas Dd y aquellas respuestas W y D con fracaso formal, se está haciendo también referencia implícita al pensamiento evasivo, que rehuye el contacto con la realidad y lo vive como amenaza o de modo disruptivo.

En otras palabras, los factores emocionales adquieren en la composición de estas variables (XA% y WDA%) un valor prioritario en la organización básica de la percepción como fundamento de los procesos de pensamiento.



En otros trabajos sobre dificultades en la percepción y pensamiento (P. Pérez, N. Briones, M. Plumed y A. Tamayo, 1989, 1990 y 1993) señalamos que las respuestas S- aparecen muy relacionadas con severos trastornos vinculares que condicionan en el sujeto actitudes defensivas de hostilidad como negación de angustias psicóticas o de vacío.

En el ítem 3 del PTI aumenta en un punto la variable Nivel 2, con respecto al SCZI clásico. De nuevo entendemos que el umbral sube porque no todas las distorsiones en la configuración de la forma corresponden a trastornos severos del pensamiento. Pueden coincidir con situaciones emocionales coyunturales, puntos focales de conflicto, situaciones críticas o episodios de descompensación transitoria.

## Conclusiones

1. Los recientes cambios establecidos por Exner, en cuanto a la nueva revisión del SCZI y su sustitución por el Índice PTI, se acercan más a la observación clínica que los rocharchistas habíamos sostenido desde hace tiempo en éste país, sobre todo en relación con los resultados de las variables X+% y FQ-. Nuestro grado de salud mental no era tan malo como el que parecían indicar los resultados tan altos en el SZCI.

2. Esta misma conclusión parece confirmarse en el análisis de la muestra estudiada. Un 20% de la misma (10 sujetos) puntúan con SCZI  $> \acute{o} = 4$  por lo que, si se siguiera el SZCI clásico, serían susceptibles de un diagnóstico de trastornos severos de pensamiento y/o esquizofrenia.

3. Si se cambia el criterio clínico y se analizan con más precisión los protocolos correspondientes a los 10 sujetos que componen ese 20% con PTI  $< 4$ , observamos que el porcentaje no se relaciona tanto con trastornos cognitivos importantes sino con trastornos emocionales severos y del comportamiento. Dicho porcentaje se aproxima bastante al 25% que Exner señala como "falsos positivos" y que, tal vez, puedan evitarse mejor con el Índice PTI.

4. Una buena parte de los sujetos con índices altos SZCI ( $> \acute{o} = 5$ : 68% de la muestra) se sitúa en la franja de edad más joven (de 15-35 años) lo que hace pensar en factores de inestabilidad emocional y otras perturbaciones afectivas.

5. El grupo de variables PTI más diferenciador con respecto al SZCI incluye aquellas variables que incorporan los aspectos emo-

cionales como mediadores en la percepción y, por tanto, en la organización y procesos de pensamiento (XA%; WDA%; Nv2>2).

6. Por lo mismo, es de esperar que el nuevo Índice PTI permita establecer un mejor pronóstico en relación con el tratamiento en cada sujeto y elimine en muchos casos (20-25%) la etiqueta de cronicidad y sus consecuencias (largos ingresos, tratamientos farmacológicos crónicos y más agresivos).

## Bibliografía

- EXNER, J. E. (1978). *Sistema comprensivo de Rorschach*. Vol. III. Madrid: Pablo del Río Editor.
- EXNER, J. E. (1986). Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad. *Revista de la SERYMP*, 1, 9-26.
- EXNER, J. E. (1994). *El Rorschach. Un Sistema Comprensivo*. Vol. 1 (3ª. Ed). Madrid: Psimática.
- EXNER, J. E. & SENDÍN, C. (1998). *Manual de Interpretación del Rorschach. Para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática.
- FREUD, S. (1940) *La escisión del yo en el proceso defensivo*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- KEMBERG, O. F. (1994). *La agresión y las perversiones en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- LERNER, P. & LERNER H. (1980). *Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure*. En J. S. KWAWER, H. D. LERNER, P. M. LERNER & A. SUGARMAN. *Borderline phenome and the Rorschach test* (pp. 257-279). New York: International Universities Press.
- PÉREZ, P., BRIONES, N., PLUMED, M. L. & TAMAYO, A. (1997). Perversion: Affect and Thought. *Rorscharchiana*, 22, 163-178.
- PÉREZ, P., AZNAR, C., BRIONES, N., DE FELIPE, J., PLUMED, M. L., SANZ, B., TAMAYO, A. & VELASCO, J. (1993). "Ansiedades neuróticas y psicóticas en pacientes psicósomáticos". XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos. Lisboa.
- PÉREZ, P., BRIONES, N., PLUMED, M. L. & TAMAYO, A. (1990). «Perversión y Psicosis». Comunicación. XIII Congreso Internacional de Rorschach y Técnicas Proyectivas. París.
- PÉREZ, P., BRIONES, N., PLUMED, M. L. & TAMAYO, A. (1989). «Perversión y Pensamiento». Ponencia. XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos. Barcelona.

- RORSCHACH, H. (1921). *Psichodiagnóistik*. Berna: Hans Huber. (Trad. castellana: 1972. Buenos Aires: Paidós)
- VIVES, M. (1989). *El Rorschach, instrumento de diagnóstico y pronóstico en la diferenciación de la esquizofrenia*. Barcelona: PPU.
- WEINER, I. B. (1966). *Psychodiagnosis in Schizophrenia*, New York: J. Wiley and Sons.

Pedro Pérez  
Urb. "109 Villas", H 14  
28224 Pozuelo (Madrid)

Natividad Briones  
Coruña, 2  
28020 Madrid

M<sup>a</sup> Luisa Plumed  
Virgen de Lourdes, 16  
28027 Madrid

Alicia Tamayo  
Almirante Fro. Romero, 7  
28040 Madrid



## REVISTA DE REVISTAS

*Psychologie clinique et projective* nº 7 (2001) es el último volumen que recibí de esta publicación. Contiene un homenaje a Didier Anzieu y a sus ideas sobre la analogía del grupo y del sueño, la envoltura vocal materna, el yo piel o la importancia de la interpretación psicoanalítica del funcionamiento psíquico en los tests proyectivos, entre otras. Aparte, en la publicación también aparecen algunos trabajos sobre fenómenos arcaicos en el Rorschach de los niños, consideraciones acerca de la inestabilidad psicomotriz infantil, otras cuestiones sobre el niño de diez años, así como la crisis e incertidumbre en la adolescencia.

De *Psicodiagnosticar*, la revista de la A.D.E.I.P., señalar que sólo me llegó el vol. 11 (2001) –falta el 10– que contiene un importante artículo de Weiner (antes presentado en Japón) sobre planificación del tratamiento y evaluación del resultado (los interesados en este trabajo pueden pedir fotocopia en Secretaría); R. Verthelyi escribe desde el punto de vista cognitivo sobre el ADHD en niños y las dificultades en su diagnóstico; O. Husain y F. Rossel se ocupan de *qué es el TAT transmisible*, en homenaje a Vica Shentoub recientemente desaparecida; G. Celener y colaboradores evalúan psicológicamente a una muestra de adolescentes disociales; L. Yazigi y otros presentan un curioso instrumento de investigación, el *Rorschach químico*, que consiste en dividir verticalmente las láminas y pegarlas luego entre sí, por ejemplo, I-X, III-V, IV-VIII, etc. Los autores usan el método en un estudio sobre percepción y patología. Finalmente, L. Amado escribe acerca de autismo y psicosis.

Respecto del *Journal of Personality Assessment* se han publicado siete números, de los cuales he extraído, como siempre, sólo lo relativo al Rorschach y a los gráficos, un tema que, por cierto, es tratado con escasa frecuencia.

El nº 76, 3 (2001) contiene una réplica de Wood, Nezworski, Stejskal y Garven –los que combaten los tests proyectivos y el

Rorschach en particular— a G. Meyer (nº 75, 1) como parte de una ya larga y continuada controversia sobre el tema. E. Hartmann de Oslo escribe sobre la administración del Rorschach y el efecto de dos consignas diferentes; una, la típica corta del Sistema Comprensivo y otra, bastante más larga. El autor no encontró diferencias significativas a nivel del Sumario Estructural, pero sí las halló en el hecho de que la consigna breve origina más protocolos cortos (menos de 14 R) y más preguntas al examinador, por lo que recomienda la consigna más larga. El otro trabajo, de M. Holaday y colaboradores, trata del Rorschach en niños y adolescentes con desorden de Asperger (una forma de autismo que se inicia después de los 3 años) comparado con un grupo control que tiene otros trastornos; hallaron que COP, CDI, H, M y EA los diferenciaba en el sentido de que los Asperger dieron menos COP, H y M, y más CDI positivo con un EA disminuido.

El nº 77, 1 (2001) está en parte dedicado a la controversia antes mencionada, con artículos de Ganellen, Gacono y Bornstein a favor del Rorschach, replicados por Eood, Lilienfeld, Nezworski y Garb, en contra.

Para los interesados en aspectos metodológicos ante las diferencias halladas entre muestras internacionales y los datos normativos de Exner, Weiner instruye acerca de cómo coleccionar datos de referencia con el Rorschach, tanto en el campo normativo —en el que "la naturaleza relativamente inestructurada" del Rorschach puede complicar la obtención de datos útiles de voluntarios no-pacientes [nota del traductor: no entiendo por qué esto no ocurre también con los pacientes; me parece mucho más importante el sesgo implícito en la *motivación* que es diferente en ambos grupos]— como en el campo clínico, en el que sería más efectivo comparar al sujeto no con los datos normativos sino con grupos diversos de pacientes. Por lo tanto, los estudios normativos deberían incluir muestras psicopatológicas. Por su parte J. D. Raskin escribe acerca del "constructivismo y la evaluación proyectiva del significado en la administración Rorschach", señalando que este punto de vista, con su énfasis en significados construidos personal y socialmente, complementa las metodologías interpretativas existentes, con su énfasis más reciente en el Rorschach como tarea representacional.

El nº 77, 2 (2001) contiene una serie de interesantes artículos sobre cuestiones éticas en la evaluación psicológica en diferentes ámbitos (clínico, forense, selección, escolar, enseñanza, etc.). Ackerman *et al.* aplicaron a los pacientes la escala MOA (Urist) derivada del Rorschach y la escala SCORS (Westen); también los

Rorschach y narrativos TAT, con la intención de probar su validez convergente respecto de las relaciones objetales.

En el nº 77, 3 (2001) Smith *et al.* estudian un grupo de niños y adolescentes con el PTI que logró diferenciar a los sujetos con trastornos del pensamiento comparado con otras medidas, incluyendo el antiguo SCZI y destacando el valor especial de M-. Guarnaccia y colaboradores se dedican a probar que la precisión codificadora con el Sistema Comprehensivo deja mucho que desear, haciendo codificar 20 respuestas Rorschach normales y clínicos por estudiantes y profesionales; llegan a la conclusión de que se requieren mucho más de las 25 o 30 horas dedicadas a la codificación en la mayoría de programas de entrenamiento USA para psicólogos clínicos. Y Exner y otros escriben sobre la "utilidad clínica del Rorschach con americanos africanos", encontrando que solamente se diferencian de los demás sujetos por tener menos respuestas COP.

En el nº 78, 1 (2002) sólo hay un artículo sobre el Rorschach de G. Meyer: "Explorando posibles diferencias y sesgos étnicos en el Sistema Comprehensivo". No halló ninguna.

El nº 78, 2 (2002) presenta un trabajo de Meyer y colaboradores –incluyendo a Exner– centrado en "Un examen de la fiabilidad codificadora inter-jueces en el Sistema Comprehensivo Rorschach, en ocho muestras". El resultado último señala que el Sistema Comprehensivo puede ser fiablemente codificado pero que los clínicos deban ocuparse de velar por su precisión codificadora. Baity y Hilsenroth firman un artículo acerca de la variable AgC (Contenido agresivo, de Gacono y Meloy) y defienden que sea incluido en el Sistema Comprehensivo como Código Especial; especialmente recomendable dada su validez de criterio.

Por desgracia me faltan los números 78, 3 y 79, 1, de modo que sólo puedo informar acerca del nº 79, 2 (2002). Contiene una serie de trabajos sobre la evaluación multicultural –con R. Dana a la cabeza–, métodos de enseñanza y evaluación competencial.

V. Campo





## REVISTA DE LIBROS

Solamente agregar que desde la aparición del nº 13-14 de nuestra Revista, he podido terminar de leer ***Contemporary Rorschach Interpretation*** (Editado por Meloy, Acklin, Gacono, Murray y Peterson, 1997) con gran placer. Contiene trabajos sobre la organización psicótica de la personalidad, los Borderline –con un artículo especialmente fascinante de B. Smith sobre el espacio blanco en una paciente (de hecho cada capítulo incluye consideraciones teóricas y clínicas sobre ejemplos de protocolos Rorschach en las distintas psicopatologías)–, otro artículo sobre la personalidad neurótica y un cuarto apartado que trata de temas diversos incluyendo un trabajo de W. Perry y E. Potterat sobre el uso del Rorschach en la evaluación de pacientes con desórdenes amnésicos.

Y estoy leyendo ***Aportes al campo psicodiagnóstico*** de Helena Lunazzi (2001, Argentina: Editorial de la Universidad de La Plata) cuyos capítulos, harto sugestivos, son los siguientes: “La batería como sostén perceptual en el diagnóstico estructural”, “La clínica de la pantalla”, “Acerca de la identificación proyectiva”, “Introducción a la conceptualización clínica y psicodiagnóstica de pacientes borderline”, “Mecanismos de defensa primitivos en pacientes borderline en el Test de Relaciones Objetales”, “La técnica de las relaciones objetales en el diagnóstico estructural”, “Puntuaciones en temas relevantes y controversiales en psicósomática”, “Incidencias somatopsíquicas del estrés”, “Los obsesos de perfil”, “Variables en el constructo alexitimia” y “La vida a los 100 años”.

Para finalizar, tenemos ***A primer for Rorschach interpretation*** de John Exner (2000), publicado por Rorschach Workshops y que aún no parece estar traducido al español. Se trata del último manual interpretativo del Sistema Comprensivo que incluye las novedades: el nuevo Sumario Estructural, mejor organizado, PTI, XA y WDA%, GHR:PHR y cómo el estilo Lambda modifica los otros tres

estilos (introversivo, extratensivo y ambitendente). Asimismo, Exner acaba de publicar la quinta edición del ***Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*** (2003), en inglés, por supuesto.

V. Campo

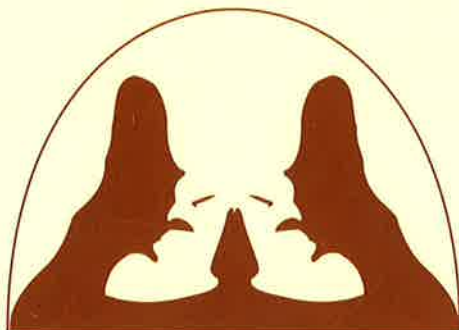




## NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

1. Se aceptarán para ser publicados, previo informe favorable del Consejo de Redacción, los trabajos que se ajusten a los objetivos de la Sociedad, en especial los que versen sobre temas relativos a las técnicas proyectivas, tanto desde el punto de vista teórico, como metodológico y aplicado.
2. Los trabajos pueden ser resúmenes de investigaciones originales, temas teóricos, revisiones bibliográficas sobre un tema, estudio de casos clínicos, comunicaciones breves, crítica de libros y cartas al editor.
3. Los trabajos serán inéditos y no deben estar pendientes de valoración o publicación en otras revistas. Se enviará al editor un original y dos copias del trabajo, haciendo constar las señas personales del autor, dirección y teléfono, y a ser posible FAX y E-mail.
4. Los originales se presentarán escritos por una sola cara, numerados, a doble espacio, en papel DIN A-4, con márgenes de 2,5 cms. Su extensión no debe exceder las 25 páginas. El texto se presentará además en un disquete en formato PC, con el texto alineado a la izquierda, tratado con el programa Word para Windows, escrito correctamente, revisado y sin correcciones a mano.
5. En la primera página se harán constar exclusivamente los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos del autor o autores; centro donde se ha realizado; dirección completa del primer autor. En la segunda página figurará nuevamente el título del trabajo, el resumen del mismo en español y en inglés (de 100 a 150 palabras), seguido de las palabras clave / descriptores, también en ambas lenguas.
6. Las referencias bibliográficas se presentarán en hoja u hojas aparte, ajustándose a las normas de la APA, es decir, en caso de **libros**: primer apellido e inicial del nombre del autor (de los autores) en minúsculas; año de publicación entre paréntesis; título en letra cursiva; ciudad; editorial. Ejemplo: Avila, A. (1986). *Manual operativo para el Test de Apercepción Temática*. Madrid: Pirámide. En **revistas**: primer apellido e inicial del nombre del autor (de los autores) en minúsculas; año de publicación entre paréntesis: título del artículo en letra ordinaria; título y número de la revista en cursiva. Cuando proceda, volumen entre paréntesis; número de las páginas. Ejemplo: Ortiz, P. y Campo, V. (1993). The Present Status of the Rorschach Test in Spain. *Rorschachiana*, 18, 26-44.  
En el texto del trabajo la referencia bibliográfica contendrá solamente el nombre del autor, el año de publicación y, cuando proceda, la página de la citación.
7. La iconografía que acompañe el texto original (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la calidad suficiente para su reproducción directa y también se mandará en el disquete. Las tablas y figuras se presentarán en hojas aparte, numeradas correlativamente. Los pies explicativos deberán escribirse en hoja aparte, llevando la misma numeración que las tablas o figuras correspondientes. En el texto, el autor debe indicar el lugar aproximado donde deben figurar tablas, figuras o dibujos.
8. La Redacción de la Revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales.

Precio de este número: 10 €



S · E · R · Y · M · P