

1988 - Número 1

REVISTA DE LA **S**OCIEDAD  
**E**SPAÑOLA DEL **R**ORSCHACH **Y**  
**M**ETODOS **P**ROYECTIVOS

1

■ S · E · R · Y · M · P ■

# Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

---

(Fundada en 1988)

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

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

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

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

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

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

**SUSCRIPCIONES:** Nouhad Dow. C/Puig Reig, 4, ático. 08006 Barcelona. Teléfono (93) 211 84 21.

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

Suscripción a la Sociedad:		5.000 ptas.
Suscripción a la Revista:	España	750 ptas.
	Extranjero	10 \$ U. S.
Números atrasados:		900 ptas.

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

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

## **Nota:**

En este primerísimo número de nuestra REVISTA como editora me he tomado la libertad de seleccionar los trabajos, comentar libros y revistas y notificar sobre actividades varias. Ante todo debido a la falta material de tiempo y además porque los consultores aún no tienen acceso al reglamento que regirá su futura labor, cuando necesaria, y que les será enviado junto con este N.º 1. Por lo tanto este primer volumen que representa un primer intento —siempre mejorable, espero— debe ser considerado atípico por cuanto soy, por esta vez, su única responsable.

# Indice

<b>Editorial:</b> <b>Vicisitudes de los Métodos Proyectivos</b> Vera Campo	<b>4</b>
<b>Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos Borderline y esquizotípicos de la personalidad</b> John E. Exner	<b>9</b>
<b>Tres tipos de pacientes borderline y sus respuestas diferenciales a tests psicológicos</b> Sidney J. Blatt y John S. Auerbach	<b>27</b>
<b>Estudio de un grupo de obesos mediante el test de Rorschach</b> Francisco Galan	<b>39</b>
<b>Respuestas populares al test de Rorschach en población española. Muestra de Barcelona.</b> Lourdes Larraz y Andreu Valero	<b>47</b>
<b>Aspectos estructurales que muestran un grupo de personalidades cuyo rol laboral y social es el mando o responsabilidad última</b> Montserrat Ros	<b>55</b>
<b>Cartas al Editor</b>	<b>63</b>
<b>Notas y noticias</b>	<b>64</b>
<b>Revista de Libros</b>	<b>65</b>
<b>Revista de Revistas</b>	<b>67</b>
<b>Normas para la presentación de trabajos</b>	<b>69</b>
<b>Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos</b>	<b>71</b>

## Editorial

---

### Vicisitudes de los métodos proyectivos

---

Vera Campo

Dado que el auge de los Métodos Proyectivos tuvo lugar en EEUU y a ello contribuyeron las dos guerras mundiales (debido básicamente a la urgente necesidad de seleccionar personal o sea carne de cañón), y también que la mayoría de los Métodos Proyectivos se inventaron, tuvieron su desarrollo y florecimiento allí a partir de la teoría proyectiva de Frank (1939) —los tests gráficos y de láminas básicamente, con excepción del Rorschach y Pata Negra—, he pensado seguir sus vicisitudes a través de la revista que publica la Sociedad para la Evaluación de la Personalidad, Sociedad con más de mil miembros. Su revista nació del interés de un grupo de psicólogos por el Rorschach (Rorschach Research Exchange) liderados por Klopfer, uno de los 5 padres americanos del Psicodiagnóstico.

En 1949 Rosenzweig, psicólogo, señala respecto del futuro del psicodiagnóstico: "El centro de gravedad en la psicología sería trasladado desde la preocupación experimental más antigua con el hombre común, hacia el estudio de la estructura y organización de la persona individual. El rol primitivo del psicólogo clínico, de acuerdo al cual le era acordado el papel de psicometrista que manejaba la medida de la inteligencia, evolucionaría hacia un papel en el que funcionaría como un psicodiagnosticador en el sentido más pleno, con tanto interés en la investigación como en la práctica"(p.371). A esto debe agregarse que junto al camino recorrido por las Técnicas Proyectivas también es necesario tomar en consideración la evolución habida en el rol del psicólogo clínico, ya que su desarrollo e intereses influyen poderosamente en las vicisitudes de tales técnicas. Así, hoy en día, más de 40 años después de Frank, en nuestro medio y según un estudio realizado por miembros de la Sociedad Catalana del Rorschach y Métodos Proyectivos, de muy reciente creación, son pocos los psicólogos clínicos que aplican estos métodos en su trabajo diario, debido fundamentalmente a la presión del trabajo —y del tiempo— en Caps y centros de asistencia, en general mal o pobremente dotados de personal, a menos que se trate de especialistas en psicodiagnóstico que trabajan más a nivel privado. A pesar que esta situación puede responder más a una falta de desarrollo de la función del psicólogo clínico en nuestro medio, sin embargo refleja un movimiento general que del entusiasmo inicial con los Métodos

Proyectivos ha pasado a una mayor concentración en la intervención y solución rápida de problemas clínicos y psicoterapéuticos. Así ocurre, por ejemplo, también en Inglaterra, donde a través de los años, en las breves reuniones trianuales de la Sociedad Inglesa del Rorschach, se han ido alejando de los trabajos referidos a las Técnicas Proyectivas para centrarse más en problemas vinculados al tratamiento y a lo institucional. Esto nos remite de nuevo al rol del psicólogo clínico que se ha ampliado mucho desde sus inicios como psicometrista. Otro factor que puede haber influido en un menor énfasis en los Métodos Proyectivos es el declinar del psicoanálisis en los EEUU y el auge del conductismo, en la actualidad seguido por el interés creciente por los aspectos cognitivos. Como decía Meehl en 1979, que pertenece al campo conductista: "Esas viejas polarizaciones entre métodos estructurados y proyectivos son más débiles hoy en día y pienso que esto es en parte así porque todos nosotros hemos sufrido alguna desilusión respecto del poder de nuestros métodos de evaluación favoritos. Los clínicos más jóvenes están menos orientados hacia los tests que en mi generación. Parte de esto se debe, pienso, a un mayor escepticismo acerca de la utilidad de inferencias respecto a las entidades latentes en favor de un cambio mayor hacia un análisis puramente conductual, disposicional."(p. 564). En otras palabras, poco respetuosas, *time is money*, las entidades latentes no se pueden medir y a otra cosa, más práctica y segura.

Durante la década que siguió a la segunda guerra mundial, los trabajos sobre los Métodos Proyectivos se centraron en su aplicación clínica junto con repetidos intentos de estandarización, de afinar su clasificación, de validar uno u otro aspecto, de mejorar su fiabilidad y de establecer datos normativos. Discutiendo el status actual de algunas técnicas proyectivas, Murstein en 1968 señala que "Cuando consideramos las técnicas proyectivas como *tests*, causamos a algunos de nuestros antepasados proyectivos un momento dispéptico porque la *cause célèbre* original de las técnicas proyectivas era la de liberar la psicología de su preocupación por los números y en vez hacerla abrazar al individuo como totalidad..."(p. 229). Y en el repaso de los aspectos más relevantes de los Métodos Proyectivos tratados como tests, Murstein pensó que recién "Cuando nuestro conocimiento de la teoría de la personalidad y de sus subdivisiones, la teoría de los tests proyectivos, ha avanzado... estaremos preparados para 'el momento de la verdad' para el test proyectivo como medida de la personalidad y de la evaluación clínica."(p. 232). En otras palabras, que el futuro de los Métodos Proyectivos también depende de la evolución teórica y psicopatológica, además de la evolución del rol y actividades del psicólogo clínico.

En 1970 Bates Ames, especialista en Rorschach y entonces presidente de la Sociedad americana ya nombrada, se quejaba del cambio del nombre de esta Sociedad, votado por sus miembros, en el sentido de la desaparición de las palabras Técnicas Proyectivas, pero que con todo "el

uso clínico corriente de caballos de batalla tales como el Rorschach, el TAT y el dibujo de figuras, son anticuados y poco sofisticados tanto psicométricamente como en relación a la teoría de la personalidad... (Y) Sin embargo, enfrentados con un paciente nosotros los clínicos nos aferramos a nuestro mellado juego de láminas como un niño de 3 años a su vieja manta andrajosa."(p. 363). Cito estas palabras porque ilustran tan claramente la desvalorización en que habían caído los Métodos Proyectivos.

Weiner en 1972, al responder a la pregunta de si el psicodiagnóstico tiene futuro, anota que "El testar psicodiagnóstico está siendo apaleado por psicólogos conductistas por ser un pobre predictor de la conducta y por los psicólogos humanistas por ser un procedimiento discriminatorio. También se alega que el psicodiagnóstico sirve para poco, se halla ligado a un modelo anacrónico de diagnóstico y ya se utiliza poco y no se enseña mucho. Tales críticas son refutadas a través de la clasificación del rol que juega la evaluación psicodiagnóstica en la estimación de la personalidad (esencialmente la planificación de tratamiento y la investigación en psicopatología) y se agregan datos que indican que el psicodiagnóstico está bien vivo en la psicología contemporánea."(p. 534).

Así, en 1974 Lambley habla de los peligros de la psicoterapia sin evaluación previa, que recuerda un trabajo anterior de W. Klopfer (1964) acerca de los ciegos —los terapeutas— que pretenden guiar a otros ciegos —los pacientes—, cuando no han recurrido a la evaluación psicológica. Contemos esto a nuestros psicoanalistas! Chistes aparte, yo respeto su posición pero es incómoda para nosotros y especialmente para la evolución de los Métodos Proyectivos cuando los psicólogos clínicos pretenden utilizarlos por ejemplo en un seguimiento y así obtener feedback acerca de sus hipótesis predictivas o de aspectos de sus instrumentos que desean investigar.

La ambivalencia respecto de la función diagnóstica es vinculada por Blatt en 1975 con el intento de los psicólogos clínicos de repudiar un rol despreciado, el de la evaluación, frente a lo realmente "valioso", o sea, el tratamiento, actividad que en los EEUU estaba en manos de los psiquiatras hasta los años 50. Una vez que el psicólogo ingresó en esta área, tendió a dejar de lado los Métodos Proyectivos lo que es paradójico ya que una evaluación cuidadosa es tanto más importante si se trata de pacientes que serán tratados durante periodos breves. Blatt dijo con acierto que el uso de los tests proyectivos "no tiene por qué ser rutinario, se aplican sólo cuando existen contradicciones o ambigüedades o cuando se deben tomar decisiones críticas y hay insuficiente material en las entrevistas o en el material del caso."(p. 333). El pedido de una exploración psicológica debería según él "servir como trampolín para discusiones extensivas entre el diagnosticador y el terapeuta antes y después de la aplicación de pruebas y aún mucho más tarde en el proceso terapéutico a fin de evaluar el cambio y el progreso. De

esta manera el diagnosticador puede funcionar como consultor o supervisor y el testar psicológico ya no es un lujo en términos del tiempo del staff ni un proceso que puede ser delegado a miembros más jóvenes del staff o a practicantes."(pp. 335-36) Señala este autor que "Parte de estos sentimientos persistentes de insatisfacción con el rol limitado del testar diagnóstico deriva de la curiosa separación que hace el psicólogo clínico entre diagnóstico y tratamiento. La evaluación diagnóstica y la psicoterapia requieren la misma capacidad sensitiva y empática para comprender y facilitar la capacidad del paciente para la comunicación."(p. 336). Además, "Al ofrecer al paciente la oportunidad para una exploración, se evalúa en forma directa su capacidad y disposición para comenzar a establecer una alianza terapéutica."(p. 339). Así "...el diagnosticador sirve como puente entre terapeuta y paciente."(p. 340). Blatt advierte muy acertadamente que "También es posible que el diagnosticador pierda perspectiva sobre el hecho que él es una extensión de la terapia y que no es el terapeuta. El intento del diagnosticador por facilitar el proceso terapéutico debe estar estrechamente coordinado con las metas y orientación del terapeuta... Si la relación del diagnosticador con el terapeuta no está bien establecida, éste puede percibirlo como intruso en la relación terapéutica... El paciente puede convertirse en el escenario para la actuación de los esfuerzos competitivos de ambos."(p.341). Situación que en mi opinión debe ser evitada con todo cuidado, en bien del paciente en primer lugar y, evidentemente, también en bien de los Métodos Proyectivos y su futuro.

A pesar de la actitud crecientemente crítica hacia el uso de las técnicas proyectivas, en 1981 Howes señala que a través de los años su utilización no ha vacilado, especialmente del Rorschach y TAT, y Weiner de nuevo, en 1983, destaca que los nuevos campos que se abren al psicólogo clínico como la neuropsicología, la psicología pediátrica, gerontopsicología y la forense, muestran que proporcionar las intervenciones necesarias, o sea el tratamiento, "a menudo es un desafío menor y una actividad menos prestigiosa que el *ser capaz de determinar qué tipo de intervención está indicada*, que es una cuestión de diagnóstico diferencial"; así "...la función profesional más altamente estimada no es *hacer* lo que es necesario o lo que debe ser hecho, sino *ayudar a decidir qué sería lo mejor para hacer*."(p. 456)

Por último, Millon en 1984 habla del "renacimiento de la evaluación y teoría de la personalidad"(p. 450), de modo que no se trata de tirar la esponja ni de rasgarse las vestiduras. Los Métodos Proyectivos gozan de buena salud y nuestras investigaciones futuras, dedicación y amor por nuestros instrumentos continuarán dando jugosos frutos y satisfacciones en el amplio campo del quehacer diario en psicología clínica, escolar, institucional, laboral, etc.

Quiero agregar que se me podrá decir que este muy breve vistazo a



las vicisitudes de los Métodos Proyectivos está teñido por mi propia postura de amante de uno de ellos, el Rorschach. Esto es cierto, nuestros amores, nuestros intereses, nuestra orientación y nuestra estructura de personalidad ¿no tiñen todas nuestras percepciones? No se debe olvidar que no hay observación sin participación.

### *BIBLIOGRAFIA*

- BATES AMES, L. (1970) Projecting the Future of Projective Techniques, *J.P.T. & P. Ass.*, 34, 5.
- BLATT, S. J. (1975) The Validity of Projective Techniques and their Clinical and Research Contributions, *J. P. Ass.*, 39, 4.
- HOWES, R. J. (1981) The Rorschach: Does it have a Future?, *J. P. Ass.* 45, 4.
- KLOPFER, W. G. (1964) The Blind Leading the Blind: Psychotherapy without Assessment. *J. P. T. & P. Ass.*, 28, 1.
- LAMBLEY, P. (1974) The Dangers of Therapy without Assessment; A Case Study, *J. P. Ass.*, 38, 3.
- MEEHL, P. E. (1979) A funny Thing Happened to us on the Way to the Latent Entities, *J. P. Ass.* 43, 6.
- MILLON, T. (1984) On the Renaissance of Personality Assessment and Personality Theory, *J. P. Ass.*, 48, 5.
- MURSTEIN, B. I. (1968) Discussion for Current Status of some Projective Techniques, *J. P. T. & P. Ass.*, 32, 3.
- ROSENZWEIG, G. (1949) *Psychodiagnosis*. New York: Grune & Stratton.
- WEINER, I. B. (1972) Does Psychodiagnosis have a Future?, *J. P. Ass.*, 36, 6.
- WEINER, I. B. (1983) The Future of Psychodiagnosis Revisited, *J. P. Ass.*, 47, 5.

---

NOTA: Conferencia pronunciada en el festejo del 10 aniversario de la fundación de la Escuela de Rorschach de Barcelona.

## **\*Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos Borderline\*\* y esquizotípicos de la personalidad**

---

John E. Exner

Se comparan entre sí los resultados en el Rorschach de 84 trastornos borderline de la personalidad (ambos grupos diagnosticados usando los criterios del DSM III), con 2 grupos de protocolos Rorschach de 80 esquizofrénicos hospitalizados por primera vez; el uno administrado poco después de la admisión y el segundo tomado poco después del alta. Los resultados indican que el grupo borderline es marcadamente distinto, tanto en organización como en funcionamientos, de los otros 2 grupos; sin embargo hay muchas semejanzas entre los protocolos de los esquizotípicos y los esquizofrénicos. Se sugiere que nomenclaturas como esquizofrenia borderline o esquizofrenia latente pueden ser más apropiadas para designar al grupo esquizotípico y que el término personalidad inadecuada, utilizado en un tiempo y hoy en desuso, ofrece una mejor descripción de los borderline.

Durante la última década, ha habido una considerable discusión sobre las características psicológicas de los trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad y su relación con la esquizofrenia. Algunos (por ejemplo Liebowitz, 1979) han argumentado que aunque la borderline parece ser una entidad clínica diferenciada, puede o no ser desligada del viejo concepto de esquizofrenia borderline. Otros (por ejemplo Gunderson & Kolb, 1979; Kernberg, 1979; Masterson, 1976) han postulado que el borderline refleja una forma de organización de la personalidad marcada por una predisposición anormalmente importante hacia patrones de conducta inapropiados y patológicos que son fácilmente provocados por el stress. Spitzer y Endicott (1979) ofrecieron un sólido argumento para diferenciar la esquizofrenia borderline del trastorno de la personalidad borderline, y este criterio está en términos generales reflejado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1980).

El DSM-III reserva la categoría de trastorno esquizotípico de la personalidad para aquellas características comunmente asociadas en el pasado con el concepto de esquizofrenia borderline y define al borderline en

---

\* Este artículo ha sido cedido por el autor con la autorización de la revista Journal of Personality Assessment donde fue publicado (J. P. Ass. (1986), 50(3), 455-471).

\*\* El término borderline ha sido mantenido como en el original a lo largo de este artículo. Elegimos esta opción de las dos que permite la traducción al castellano del DSM-III.

un sentido que lo diferencia claramente de la esquizofrenia y de los trastornos esquizofrénicos, diferenciación que es muy importante en la formulación del plan de tratamiento. Los orígenes de la definición de la esquizotipia están en el estudio danés sobre adopción de Kety *et al.* (Kety, Rosenthal, Wender y Schulsinger, 1968; Kety, Rosenthal, Wender, Schulsinger y Jacobsen, 1975) en el cual la descripción de Bleuler de la esquizofrenia latente sirvió como guía. Kety (1985) sugirió que el esquizotípico puede reflejar una "primera aproximación" del esquizofrénico latente de Bleuler y abogó por una expansión y refinamiento de la categoría. Algunos intentaron presentar argumentos para una relación genética entre la esquizotipia y la esquizofrenia. Por ejemplo, Gunderson y Siever (1985) sostienen que el diagnóstico de esquizotipia intenta reflejar este vínculo, observando una acusada similitud entre la esquizofrenia residual y el trastorno de la personalidad esquizotípico. Abogaron por una ampliación de la categoría para reflejar esta vinculación. Cierta respaldo para esta opinión es ofrecida por Kendler (1985) en su revisión de los estudios familiares y clínicos de los esquizotípicos, y Torgerson (1985) presentó una revisión de estudios sobre familia, adopción y mellizos. Por el contrario Frances (1985) sostenía que la categoría esquizotípica no debería ser contingente a una vinculación directa con un origen genético porque está ideada para ser usada con fines clínicos.

Bajo el esquema adoptado en el DSM-III, el trastorno esquizotípico de la personalidad está marcado por el pensamiento mágico, ideas de referencia, aislamiento social, ilusiones recurrentes, lenguaje extraño, relación inadecuada y ansiedad social indebida. Por el contrario, la mayoría de variables que son identificadas como indicativas del estado borderline, no hace énfasis en la peculiaridad del pensamiento. En su lugar, las características a las que se da un mayor énfasis para el diagnóstico del trastorno borderline incluye impulsividad e impredecibilidad de la conducta, relaciones interpersonales inestables e intensas, falta de control emocional, una marcada alteración en la identidad, intolerancia a estar solo, sentimientos crónicos de vacío y/o aburrimiento y un alto potencial para actos físicamente dañinos.

A pesar de que el intento de diferenciar los trastornos borderline y esquizotípico de la personalidad parece a primera vista útil, tiende a esquivar la noción de que la borderline puede constituir una forma de organización de la personalidad en contraste con una forma de trastorno. En particular ignora los argumentos de muchos expertos que han abordado el concepto de la personalidad borderline en el sentido que denota la presencia de un alto potencial para una psicosis activa o una conducta aparentemente psicótica. Algunos (por ejemplo Gunderson y Kolb, 1978) sugirieron que la diferenciación entre el borderline y el esquizotípico no puede ser ni de lejos tan clara en la realidad como se postula en la

clasificación (DSM-III), si bien Gunderson parece haber abandonado esta posición por una interesante sugerencia de que la esquizotipia puede estar incluida en un continuum organizacional que comprende el estilo esquizoide así como el esquizofrénico, mientras el borderline es postulado como perteneciendo a un continuum organizacional que incluye el estilo histeroide y los trastornos depresivos.

Siguiendo la lógica del postulado formulado por Spitzer y Endicott (1979), el DSM-III no toma en consideración la posibilidad de un diagnóstico mixto o secundario como trastorno borderline de la personalidad con características esquizoides. Desgraciadamente la solución de compromiso tiende a enmascarar el problema de si el estado borderline es verdaderamente diferente del esquizotípico borderline, ya sea como forma de organización de la personalidad o como una forma de trastorno. Widiger, Frances, Warner y Bluhm (1986) evaluaron los 81 síntomas descritos para los 11 trastornos de personalidad catalogados en el DSM-III utilizando datos de 84 pacientes internos. Encontraron un 40% de solapamiento de los diagnósticos de esquizotípicos y borderlines, pero también encontraron que ninguno de los síntomas borderline y solo dos de los de los esquizotípicos correlacionaban con los otros grupos de criterios de trastornos.

Exner (1978) comparó los datos del Rorschach de 21 casos borderline seleccionados utilizando el criterio de Kernberg, con 25 casos de pacientes externos esquizofrénicos. Se observaron algunas semejanzas; sin embargo, el grupo borderline dió significativamente menos respuestas M y fenómenos especiales críticos, más respuestas populares y de textura e índices más altos de egocentrismo. Además, el grupo borderline incluyó un número significativamente alto de protocolos mostrando subincorporación en la actividad organizativa y en los que la puntuación D ajustado es menos de 0. Ambos grupos tenían una media baja en el X+%, pero los borderline tendían a dar más respuestas inusuales, mientras que el grupo de los esquizofrénicos daba una frecuencia significativamente alta de respuestas negativas. Aunque los resultados sugieren que el borderline es claramente diferente en muchos sentidos del esquizofrénico, el tamaño limitado de las muestras impone precaución en la aceptación de esta postura, especialmente porque el estudio falla en la no inclusión de sujetos diagnosticados como trastorno esquizotípico de la personalidad.

Singer y Larson (1981) usaron un sistema de puntuación especial derivado de la modificación de Becker (1956) de la cualidad formal de Friedman (1953), para estudiar aspectos del funcionamiento del yo en el Rorschach de 114 sujetos. El grupo incluía normales, neuróticos, borderlines, esquizofrénicos agudos y esquizofrénicos crónicos. Desafortunadamente la muestra de borderlines incluía una mayoría de sujetos que "habrían cumplido los criterios de esquizotipia mientras los restantes se habrían ajustado al criterio de borderline del DSM-III" (Singer y Larson ,

1981, p. 695). Singer y Larson encontraron que un análisis discriminante de funciones comprendiendo 11 variables, clasifica correctamente 20 de los 25 borderline y 35 de los 44 esquizofrénicos. Además, un análisis similar, utilizando 8 de las 11 variables, diferenciaba correctamente 20 de los 25 borderline y 35 de los 44 esquizofrénicos. Además, un análisis similar, utilizando 8 de las 11 variables, diferenciaba correctamente 24 de los 25 borderline y 17 de los 25 esquizofrénicos "agudos". Concluyen que estos hallazgos apoyan el argumento de que los borderline manifiestan problemas de "deslices" cognitivos y que los procesos del pensamiento esquizotípicos se encuentran dentro de un segmento del grupo borderline. A pesar de que estos hallazgos son difíciles de aplicar a la actual diferenciación del DSM-III entre el borderline y el esquizotípico, sugieren que la organización psicológica de los esquizotípicos es diferente de la de los esquizofrénicos.

El presente estudio fue diseñado para comparar la organización psicológica y operaciones de pacientes diagnosticados como trastorno borderline de la personalidad o como trastorno esquizotípico de la personalidad, pero no ambos, y para comparar ambos grupos con dos grupos de protocolos esquizofrénicos, el uno tomado poco después de la primera admisión y el segundo recogido de los mismos sujetos poco antes del alta. La lógica de usar dos grupos de protocolos de esquizofrénicos para la comparación es que el primero, tomado poco después de la admisión, puede contener considerables datos que crean confusión fruto de la desorganización generada por un episodio psicótico reciente, mientras el segundo grupo puede proporcionar una imagen más estable de la organización de la personalidad del sujeto.

## **Método**

Las ediciones del Rorschach Workshops Alumni Newsletter de 1982 y 1983, fueron utilizados como vehículo para la solicitud de protocolos Rorschach para las muestras objeto de estudio de borderlines y esquizotípicos. Es una publicación anual que se manda a 4.000 profesionales, aproximadamente, que han asistido a los programas de formación permanente ofrecidos por Rorschach Workshops. Se hizo así por dos razones: (a) intentar asegurar una amplia representación demográfica en las muestras y (b) generar muestras razonablemente grandes más rápidamente de lo que es fácilmente asequible utilizando otros métodos.

Los criterios para aceptar un protocolo para el pozo de datos del grupo a estudiar (borderline o esquizotípico) son:

- 1.— El paciente debe tener entre 19 y 30 años.
- 2.— El paciente debe ser un paciente internado en una primera admisión o un primer contacto en el caso de pacientes externos. (Si es paciente interno, la asistencia externa previa no había excedido un total de 30 visitas).

3.— Las características que presenta el paciente deben incluir alguna forma de acusada desorganización.

4.— El diagnóstico del DSM-III debe cumplir los criterios para el trastorno de la personalidad borderline o trastorno de la personalidad esquizotípico, pero no ambos, y no debe estar complicado por la asignación de otro diagnóstico mayor como esquizofrenia o trastorno afectivo.

5.— El Rorschach debe ser administrado dentro de los 12 primeros días de contacto y debe haberse completado el formulario de la hoja de la cubierta del resumen estructural.

## Sujetos

Durante el intervalo comprendido durante septiembre de 1982 y junio de 1984, los alumnos de los Rorschach Workshops presentaron un total de 176 protocolos para el proyecto. Se descartaron 16 protocolos por problemas de legibilidad o por estar incompleta la hoja de la cubierta del resumen estructural. Los restantes 160 consistían en 84 sujetos diagnosticados como trastorno borderline de la personalidad y 76 diagnosticados como trastorno esquizotípico de la personalidad. No más de tres registros fueron presentados por una misma persona o institución y los datos demográficos incluían 18 estados. De los 160 sujetos, 126 residían en áreas urbanas o suburbanas que tenían poblaciones de 100.000 o más habitantes.

El grupo de pacientes borderline (N=84) está compuesto por 49 mujeres y 35 hombres con una media de edad de 22'3 (DT=4'7 rango 19-28). De estos pacientes 46 están o han estado casados y 11 de los no casados viven o han vivido con una persona del sexo opuesto. Su media de años de educación completados es 12'8 (DT=2'1, rango 10-17).

El grupo de pacientes esquizotípicos (N=76) consta de 44 hombres y 32 mujeres con una media de edad de 20'9 (DT=4'4, rango 19-27). De estos pacientes 20 están o han estado casados y 9 de los no casados viven o han vivido con una persona del sexo opuesto. Su media de años de educación completados es 12'8 (DT=1'9, rango 11-15).

El grupo de esquizofrénicos usados para la comparación consiste en 80 sujetos, 40 hombres y 40 mujeres. Cada sujeto fue testado dos veces, una poco después de la primera hospitalización y de nuevo poco antes del alta de una "casa a medio camino" o asistencia externa. El grupo fue seleccionado por extracción estratificada hecha al azar con ordenador del fondo de registros de esquizofrénicos disponibles en Rorschach Workshops (N=1.327). Cada extracción fue estratificada para asegurar que todos los sujetos seleccionados se encontraban dentro del rango de edad requerido, que el promedio de años de educación completados para este grupo no difiriera significativamente de los dos grupos a estudiar, que la distribución por sexos fuera igual y que se dispusiera de dos protocolos para cada

sujeto, uno administrado entre el octavo y el quinceavo día después de la admisión y el segundo recogido entre 4 y 8 días antes del alta.

El tiempo promedio de hospitalización para el grupo es 42'3 días (DT=12'1, rango 27-68). El intervalo promedio transcurrido entre tests es de 30'7 días (DT=7'9, rango 14-46 días). De estos sujetos 32 están o han estado casados y 7 de los no casados viven o han vivido con una persona del otro sexo. La distribución geográfica del grupo incluye 12 estados y 67 residían en áreas urbanas o suburbanas que tenían poblaciones de 100.000 o más habitantes. La media de edad para el grupo es de 23'2 (DT=4'1, rango 20-30) y la media de años de educación completados es de 12'6 (DT=1'7, rango 10-16 años). Se llevó a cabo el diagnóstico para todos los sujetos usando el criterio diagnóstico de la investigación.

## Resultados

Los datos descriptivos sobre 49 puntuaciones o cifras básicas del Rorschach para los grupos esquizotípico y borderline, se presentan en la Tabla 1. Como la distribución de la mayoría de variables de la Tabla 1 con la excepción de R, W, D, DQo y FQo, tienden a aproximarse a una curva en J más que a una normal, los grupos se compararon utilizando series de chi cuadrado para determinar si la proporción de sujetos que dan por lo menos una respuesta de una determinada clase, eran distintos a través de los dos grupos. Se descubrieron un total de nueve diferencias, de las cuales seis (CF, C+Cn, Color-claroscuro en múltiples, C', T, Y) implican variables relacionadas con la experiencia de descarga de afecto. Dos de los tres restantes (DQo y ausencia de F en el FQx) están relacionados con el uso de los contornos de la mancha, y la tercera (Fr+rF) está relacionada con la autoimagen.

Los mismos datos descriptivos sobre las 49 variables para los dos tests del grupo de esquizofrénicos se presentan en la Tabla 2. Al igual que para los datos de los dos grupos control, las frecuencias para los dos tests fueron analizadas utilizando series de chi-cuadrado. Estos análisis no revelaron ninguna diferencia significativa entre los dos tests. Este hallazgo no es especialmente sorprendente a la luz de la fiabilidad de los datos sobre el retest de los esquizofrénicos (Exner, 1982). Estos hallazgos apoyan el postulado que la organización esquizofrénica no se altera substancialmente, especialmente durante periodos relativamente breves de tiempo, si bien la intervención farmacológica y otras tácticas terapéuticas, ayudan al sujeto recién hospitalizado a volver a reingresar en su entorno social.

Los datos descriptivos sobre otras 21 variables Rorschach, razones, porcentajes y derivaciones de los dos tests de los esquizofrénicos, se presentan en la primera mitad de la Tabla 3. Estas variables, que tienden a tener una distribución más amplia y normal, se estudiaron utilizando una

**TABLA 1**

Estadísticas descriptivas de 49 variables de Rorschach para sujetos esquizotípicos y borderline.

VARIABLE	Esquizotípicos (n=76)			Borderline (n=84)		
	F	M	D.T.	F	M	D.T.
TOTAL R	76	17.53	4.68	84	18.57	7.25
W	72	6.68	3.14	84	7.71	3.39
D	76	7.74	4.46	82	7.83	5.48
Dd	68	3.11	2.76	65	3.00	3.54
S	56	2.03	2.29	67	2.30	2.25
DQ+	76	6.05	2.15	84	5.73	2.86
DQo	12	0.24	0.63	8	0.11	0.35
DQv/+	76	10.18	4.72	84	11.06	7.10
DQv	40	0.89	1.10	62*	1.64	1.62
FQx+yo	76	11.78	2.88	84	12.69	5.18
FQxu	64	2.16	1.51	68	2.90	2.68
FQx—	70	3.45	2.37	70	2.26	1.80
FQx s F	10	0.13	0.34	39*	0.61	0.76
MQuAL + y o	70	3.24	1.72	76	2.35	1.58
MQual u	18	0.45	1.02	35	0.63	0.89
MQual —	38	0.95	1.18	27	0.45	0.81
MQual s F	2	0.03	0.16	4	0.05	0.21
M	76	4.74	2.34	83	3.06	2.10
FM	72	2.63	1.50	78	3.44	2.24
m	48	1.00	1.13	71	1.83	1.48
FC	52	1.11	1.08	53	1.67	1.81
CF	46	1.00	1.01	70*	1.89	1.37
C+CN	12	0.16	0.37	37**	0.63	0.62
COL-SHD BL	24	0.37	0.59	46*	0.85	0.96
FC+C'F+C'	42	1.00	1.29	69*	2.14	2.26
FT+TF+T	20	0.39	0.71	49*	1.35	1.25
FV+VF+V	16	0.26	0.55	34*	0.83	1.03
FY+YF+Y	34	0.63	0.85	48	1.50	2.03
Fr+rF	8	0.16	0.49	31**	0.76	0.97
FD	50	1.18	1.32	56	1.24	1.46
F	76	6.97	3.73	81	5.82	4.04
(2)	76	7.68	3.41	84	7.92	3.31
P	74	5.16	1.74	84	5.40	1.67
Zf	76	10.47	3.52	84	10.20	4.21
H+(H)+Hd+(Hd)	76	5.13	3.19	83	4.98	2.47
DV	58	2.37	2.56	34	1.01	1.87
DR	10	0.50	1.51	19	0.41	0.86
INCOM	54	1.37	1.31	47	1.11	1.34
FABCOM	40	0.79	1.01	29	0.62	1.06
ALOG	20	0.55	1.10	11	0.17	0.49
CONTAM	0	0.00	0.00	3	0.03	0.28
AG	30	0.75	0.80	44	1.32	1.27
CP	0	—	—	0	—	—
MOR	46	1.05	1.24	47	1.29	1.52
PER	44	1.16	1.25	46	1.05	1.27
PSV	4	0.05	0.22	8	0.10	0.30

\* Frecuencia proporcional significativamente diferente  $p < .05$

\*\* Frecuencia proporcional significativamente diferente  $p < .01$



**TABLA 2**

Estadísticas descriptivas de 49 variables de Rorschach de dos tests de 80 sujetos esquizofrénicos, uno poco después de la primera admisión y el segundo poco antes del alta.

VARIABLE	Test 1			Test 2		
	F	M	D.T.	F	M	D.T.
TOTAL R	80	19.38	7.69	80	119.45	7.54
W	80	8.44	4.14	79	8.21	4.80
D	75	7.68	5.93	76	7.44	5.56
Dd	67	3.25	3.70	67	3.78	4.01
S	65	2.26	1.86	61	2.26	2.03
DQ+	76	5.74	3.49	75	5.66	3.82
DQv/+	21	0.41	0.79	9	0.20	0.62
DQo	80	11.40	6.65	80	11.70	6.27
DQv	63	1.75	1.78	59	1.80	1.76
FQx+yo	80	10.33	4.65	80	9.86	4.44
FQxu	73	2.49	1.81	74	2.54	2.18
FQx—	78	6.13	4.27	79	6.52	3.58
FQx s F	32	0.54	0.75	32	0.54	0.75
MQuAL + y o	65	2.31	1.86	63	2.15	1.79
MQual u	30	0.50	0.75	29	0.51	0.90
MQual—	62	1.71	1.78	60	1.69	1.47
MQual s F	5	0.06	0.24	2	0.02	0.16
M	77	4.65	3.23	71	4.46	3.15
FM	67	2.63	2.51	61	2.54	2.53
m	58	1.50	1.44	53	1.40	1.53
FC	50	1.21	3.32	48	1.16	1.32
CF	59	1.60	1.45	57	1.50	1.40
C+CN	31	0.56	0.84	30	0.49	0.71
COL-SHD BL	30	0.49	0.71	26	0.51	0.94
FC'+C'F+C'	58	1.54	1.47	44	1.09	1.25
FT+TF+T	22	0.32	0.59	23	0.40	1.09
FV+VF+V	18	0.36	0.92	20	0.56	1.05
FY+YF+Y	44	1.21	1.79	51	1.58	1.93
Fr+rF	8	0.15	0.51	8	0.13	0.40
FD	37	0.39	1.09	37	0.74	1.03
F	80	7.35	5.52	8	7.99	5.51
(2)	77	6.60	4.73	76	6.66	4.70
P	80	4.27	1.93	80	3.96	1.89
Zf	80	11.02	3.74	80	10.98	4.76
H+(H)+Hd+(Hd)	79	5.41	2.98	79	5.55	3.62
DV	52	1.49	1.79	56	1.82	2.13
DR	48	1.31	2.09	40	0.98	1.74
INCOM	62	1.76	1.66	59	1.65	1.82
FABCOM	58	1.58	1.60	62	1.83	1.74
ALOG	33	0.79	1.31	31	0.73	1.21
CONTAM	12	0.22	0.62	10	0.15	0.45
AG	18	0.56	0.76	16	0.39	0.68
CP	3	0.04	0.19	1	0.01	0.11
MOR	54	1.75	1.86	51	1.32	1.48
PER	45	1.75	2.82	25	0.95	2.12
PSV	8	0.11	0.36	11	0.19	0.53

serie de análisis de varianza, empleando el procedimiento de Sheffe ( $p < 0'05$ ) para la comparación de medias.

Únicamente se detectó una diferencia significativa entre los dos tests para este grupo de variables. En el segundo test hubo un incremento significativo del valor de lambda, indicando un mayor uso de las respuestas F en lugar de las que incluyen otras características de las manchas. Generalmente los aumentos de lambda significan un esfuerzo para minimizar la complejidad e incrementar la capacidad de control. A la luz de estos resultados se decidió incluir los datos de los dos tests de los esquizofrénicos en una comparación de estas 21 variables con los grupos esquizotípico y borderline. En primer lugar, se realizó un análisis multivariable de varianza que dió una F general significativa multivariable (lambda de Wilks =  $3'06$ ,  $p < 0'001$ ). Las comparaciones de medias se estudiaron utilizando el procedimiento de Sheffe. La Tabla 3 incluye la comparación de los datos de 21 variables para los grupos esquizotípico y borderline, más las indicaciones de aquellos casos en los que el valor del grupo para una variable difiere significativamente del grupo esquizofrénico en uno o ambos tests.

El exámen de la Tabla 3 revela que el grupo borderline difiere significativamente de ambos tests de los esquizofrénicos en 11 de las 21 variables, y del test 2 de los esquizofrénicos en 2 variables más. El grupo borderline difiere también significativamente del esquizotípico en 8 de las 21 variables. Por el contrario, el grupo esquizotípico difiere significativamente de los dos tests de los sujetos esquizofrénicos en sólo 3 variables y en una variable más en el segundo test. Estos resultados sugieren que a pesar de que muchas de las características psicológicas y/o operaciones de los sujetos borderline son bastante diferentes de las de los esquizofrénicos, las diferencias entre sujetos esquizotípicos y esquizofrénicos son considerablemente menores o más sutiles. Alguna aclaración sobre estos resultados puede derivarse de una revisión de los datos de frecuencia para la direccionalidad de algunas razones y valores de cierre críticos para otras variables estructurales. Estos son datos clave en el resumen estructural del test que a menudo proporcionan información básica sobre la organización y funcionamiento psicológico. La Tabla 4 incluye la frecuencia y porcentajes de 19 variables para los dos grupos en estudio y los dos tests de los sujetos esquizofrénicos. Estos datos se compararon utilizando series de chi-cuadrado y fijando  $p < 0'01$  como el nivel de confianza aceptable.

Como puede observarse en la Tabla 4, el grupo borderline difiere significativamente de los otros tres grupos de datos en 9 de las 19 variables. Además, el grupo borderline difiere de los dos tests de los sujetos esquizofrénicos en otras 4 variables. Así pues, en total, los grupos borderline difieren de los sujetos esquizofrénicos en 13 de las 19 variables. El grupo esquizotípico es significativamente distinto de todos los otros grupos en 4 variables, de los dos tests de los esquizofrénicos en 3 variables, y del segundo test de

**TABLA 3**

Estadísticas descriptivas de 21 proporciones, porcentajes y derivaciones de dos tests de 80 sujetos esquizofrénicos, 76 esquizotípicos y 84 borderline..

VARIABLE	Esquiz. test 1		Esquiz. test 2		Esquizotípicos		Borderline	
	M.	D. T.	M.	D. T.	M.	D. T.	M.	D. T.
Zd	1.30	4.16	1.24	4.63	1.29	4.14	2.15	3.43
EA	7.64	4.14	7.18	3.98	6.53	2.56	6.36	6.08
es	7.56	4.86	7.66	5.90	5.92	2.47	10.87**	6.53
D	0.00	1.69	-0.20	1.65	0.16	0.94	-1.46**	2.09
D a j	0.43	1.45	0.36	1.20	0.34	0.99	-0.89**	1.20
Sum Activ	5.52	3.81	4.81	3.77	4.39	2.30	5.31	2.91
Sum Pas	3.24	2.39	3.44	2.53	3.97	3.10	3.02	2.32
S-CON	4.96	1.96	5.19	1.71	3.89	1.38	5.00	1.71
Afr	0.48	0.17	0.49	0.16	0.52	0.18	0.66**	0.19
(3r+(2))/R	0.37	0.21	0.35	0.18	0.42	0.17	0.49 <sup>a</sup>	0.17
LAMBDA	0.93	1.47	1.36	1.38	0.71	0.46	0.57 <sup>a</sup>	0.49
BLENDS	3.66	2.53	3.80	3.09	3.08	2.04	5.04 <sup>*</sup>	3.17
SUM SHADING	3.44	3.01	3.72	3.98	2.29	1.65	5.80***	3.77
WGTD SUMC	2.99	2.07	2.72	1.83	1.79	1.32	3.89***	1.86
X+%	0.54	0.18	0.51	0.17	0.69	0.15	0.69 <sup>a</sup>	0.13
X-%	0.31	0.15	0.34	0.15	0.18	0.10	0.13 <sup>a</sup>	0.10
F+%	0.57	0.26	0.53	0.24	0.69	0.21	0.71 <sup>b</sup>	0.27
SUM6 SP SC	7.30	4.11	7.17	3.82	5.58	3.72	3.44**	3.37
WGTD SUM6 SPS	19.21	9.81	18.59	9.04	12.53	8.90	7.57**	5.96
SCZI	3.86	1.21	4.07	0.98	2.87	1.43	1.95 <sup>b</sup>	1.47
DEPI	1.34	1.07	1.26	1.02	0.87	0.96	1.63 <sup>b</sup>	1.16

a Significativamente distinta de ambos tests de esquizofrénicos,  $p < .01$ .

b Significativamente distinta del test 2 de los esquizofrénicos,  $p < .01$ .

\* Significativamente distinta de los esquizotípicos,  $p < .05$ .

\*\* Significativamente distinta de los esquizotípicos,  $p < .01$ .

los esquizofrénicos en otras 2 variables. Este patrón de diferencias significativas, es en general consistente con el observado en la Tabla 3.

## Discusión

Parece muy claro que los datos apoyan la conclusión de que los sujetos borderline, como grupo, son muy diferentes en sus operaciones y organización de cualquiera de los otros dos grupos. Por otro lado hay algunas semejanzas llamativas entre los grupos esquizotípico y esquizofrénico. Al igual que los sujetos esquizofrénicos, una mayoría sustancial de los esquizotípicos muestra una preferencia por un estilo introversivo de manejarse, con una fuerte tendencia a demorarse en la ideación y formulación de las decisiones y conductas. Solo un pequeño puñado de sujetos en cada uno de estos grupos manifiesta una preferencia por el método más intuitivo, afectivamente influenciado, de ensayo y error, que distingue a casi la mitad

**TABLA 4**

Frecuencias y porcentajes de 19 variables Rorschach de 80 esquizofrénicos examinados dos veces y 76 esquizotípicos y 84 borderline examinados una vez.

VARIABLE	Esquizofrénicos				Esquizo- típicos		Borderline	
	Test 1		Test 2		F	%	F	%
	F	%	F	%				
<i>EB STYLE</i>								
<i>Introversivo</i> (M-WSUMC > 1.5)	48	60.0	47	58.7	50	68.5	15	17.9*
<i>Ambigüal</i> (M-WSUMC = +1.5 - 1.5)	24	30.0	27	33.7	24	31.6	28	33.3
<i>Extratrativo</i> (WSUMC-M > 1.5)	8	10.0	6	7.5	2	2.6	41	48.8*
<i>Proporción FC:CF+C</i>								
FC:CF+C > 1	10	12.5	8	10.0	8	10.5	20	23.8*
CF+C - FC > 1	32	40.0	31	38.8	10	13.2*	29	34.5
<i>Diferencia EA-es</i>								
D < 0	24	30.0	20	25.0	10	13.2*	48	57.1*
Daj < 0	12	15.0	14	17.5	6	7.9*	38	45.2*
<i>Calidad formal</i>								
X+ % < .70	71	88.8	74	92.5	38	50.0*	36	42.9*
F+ % < .70	56	70.0	62	77.5	44	57.9*	36	42.9*
X- % > .15	70	87.5	72	90.0	48	63.2*	23	27.4*
S-CON > 7	9	11.3	9	11.3	2	2.6	9	10.7
<i>Índice de esquizofrenia</i>								
SCZI = 5	35	43.8	34	42.5	10	13.2*	5	5.9*
SCZI = 4	31	30.0	28	35.0	18	23.7	6	7.1*
<i>Índice de depresión</i>								
DEPI = 5	1	1.3	0	—	0	—	0	—
DEPI = 4	1	1.3	1	1.3	0	—	4	4.8
<i>Variables diversas</i>								
Zd > +3.0	24	30.0	27	33.8	20	26.3	34	40.4
Zd < -3.0	16	20.0	18	22.5	10	13.2	5	6.0*
FM+m < SUM SHADE	22	27.5	25	31.3	16	21.1	37	44.0*
Pasivo > Activo	19	23.0	21	26.3	30	39.5	4	4.8*
Mp > Ma	22	27.5	25	31.3	36	47.4*	19	22.6
(3r+(2)/R) < .30	34	42.5	35	43.8	10	13.2*	11	13.1*
Afr < 60	61	76.3	62	77.5	52	68.4	65	77.4
L > = 1.5	9	11.3	15	8.5	8	10.5	8	9.5
H pura < 2	36	45.0	43	53.8	30	39.5	32	38.1

\* Proporción significativamente distinta de ambos grupos de esquizofrénicos, p < .01.  
 b Proporción significativamente distinta del test de los esquizofrénicos, p < .01.  
 c Proporción significativamente distinta del grupo esquizotípico, p < .01.  
 \* Proporción significativamente distinta de los otros tres grupos, p > .01.

de los sujetos borderline. A la inversa, menos del 20% de los sujetos borderline parece preferir la táctica de demora ideacional de los intratensivos cuando hace frente a las situaciones. Curiosamente el grupo esquizotípico también muestra una frecuencia significativamente más baja de sujetos que parecen tener algunas dificultades en la modulación de la

manifestación afectiva, que cualquiera de los otros grupos. Más del 33% de los sujetos borderline y esquizofrénicos manifiestan esta característica, mientras sólo algo más del 10% de los esquizotípicos tienen este problema en potencia. Esto no es sorprendente si se estudia en relación con los datos de las puntuaciones D.

En el Test 1, 57% de los borderline y 30% de los esquizofrénicos tenían puntuaciones D inferiores a 0 en contraste con solamente 10 de los 76 esquizotípicos (13%). Esto indica la presencia de una sobrecarga de estímulos; es decir, se dan más experiencias de demanda de respuestas que las que el sujeto es capaz de manejar con facilidad. Las personas con una sobrecarga son más vulnerables a la desorganización y/o disrupción de funciones, especialmente en las situaciones más complejas y/o menos familiares. De este modo, una importante mayoría de sujetos esquizotípicos es menos probable que se sienta fácilmente abrumada y empujada a patrones de tipo impulsivo de pensamiento y conducta. Lo contrario es cierto para la mayoría de los sujetos borderline y para cerca de un tercio de los esquizofrénicos. Posiblemente uno de los hallazgos más importantes acerca de los borderline es que una gran proporción muestra una puntuación D ajustada menor que cero. En otras palabras, incluso cuando este índice de capacidad de control se ajusta para justificar la presencia de stress situacional, cerca de la mitad de los sujetos borderline continúan pareciendo algo ineptos al respecto. Cuando el D ajustado es menor que cero normalmente refleja inmadurez en el desarrollo psicológico o la presencia de algún deterioro de las funciones. Los datos de la puntuación D ajustado para el grupo esquizotípico son algo distintos. Menos del 8% de los esquizotípicos tienen puntuaciones de D ajustado inferiores a cero. Esto sugiere que, a pesar de que otros problemas puedan marcar la organización psicológica de los esquizotípicos, la falta de control o el inadecuado control no es, generalmente, uno de ellos. Este hallazgo, más los datos de la proporción FC:CF+C, sugiere que los fallos en el control afectivo tienden a darse con mucha menor frecuencia en este grupo que en cualquiera de los otros dos. Los datos sobre la proporción FC:CF+C indican que el problema de control está probablemente agrandado para muchos de los borderline por las dificultades en la modulación de la manifestación afectiva. Más de un tercio tiene valores en la proporción en los que CF+C supera a FC en más de 1.

El grupo esquizofrénico parece ser distinto de los otros dos en esta cuestión en general. Una proporción significativamente más baja de esquizofrénicos que de borderline tienen puntuaciones D ajustado de menos de cero en ambos tests, si bien, proporcionalmente, son más los que tienen D's ajustados negativos en el segundo test que los esquizotípicos. Sin embargo, una proporción aún más grande de esquizofrénicos que de borderline muestra el problema de modulación del afecto indicado por un valor mayor de la parte derecha de la proporción FC:CF+C. Así pues, aunque muchos

más borderline que esquizofrénicos son vulnerables a la desorganización a causa de su limitada capacidad de control, una proporción similar de esquizofrénicos tenderán a manifestar problemas de control afectivo porque no modulan el afecto muy eficazmente. Los datos sobre algunas de las variables relacionadas con las características de la ideación y cuestiones de precisión perceptual y convencionalidad mediacional, parecen proporcionar alguna clarificación sobre estas diferencias.

Los borderline tienen por término medio significativamente menos de los seis fenómenos especiales críticos que cualquiera de los otros grupos, con una media de 3'4 en contraste con medias de 5'6 para los esquizotípicos y 7'3 para los esquizofrénicos en el Test 1. Los datos normativos para adultos no pacientes muestran una media de 1'6. Estos fenómenos especiales proporcionan alguna información sobre los "patinazos" cognitivos y la desorganización del pensamiento. Cuando estas puntuaciones son ponderadas para captar la magnitud del "patinazo" (WSUM6), la diferencia entre los grupos es considerable. Los borderline muestran una media de 7'6, los esquizotípicos una media de 12'5 y el Test 1 de los esquizofrénicos una media de 19'2. Además, si bien 27 de los 84 borderlines (32%) da al menos una respuesta M-, este tipo de respuesta aparece por lo menos una vez en el 50% de los registros de los esquizotípicos y en el 77% de los protocolos del Test 1 de los esquizofrénicos. Las respuestas M- proporcionan también alguna información sobre el pensamiento deformado o desorganizado. En otras palabras, los borderline como grupo muestran poca evidencia para argumentar a favor de un desorden del pensamiento. Lo contrario es cierto para esquizotípicos y esquizofrénicos. Las operaciones del pensamiento de los esquizotípicos son mucho más extrañas y con más "patinazos" que las de los borderline, aunque no tanto como las que caracterizan a los esquizofrénicos, los cuales, como grupo, manifiestan evidencia de problemas de pensamiento muy serios. Esto no es sorprendente a la luz de los criterios por los que cada uno de los grupos se define, pero provee alguna información sobre las características que predisponen a episodios de disfunción y/o desajuste que se dan con frecuencia entre este tipo de sujetos.

Otras dos variables que son importantes para la comprensión del funcionamiento de estos grupos son el X+% y el X-%. El X+% es un índice de hasta qué punto un sujeto interpreta los estímulos de forma convencional, mientras que el X-% ofrece información sobre la presencia de inexactitud o distorsión perceptuales. Los adultos no-pacientes tienen una media de X+% de 80% (DT=9). Los grupos borderline y esquizotípicos tienen ambos una media de X+% de 69% y los esquizofrénicos tienen una media de X+% de 54% en el Test 1 y de 51% en el Test 2. Alrededor del 43% de los borderline y del 50% de los esquizotípicos tienen X+% inferiores al 70%. Los datos para los esquizofrénicos son más extremados mostrando el 89% de los registros del Test 1 y el 92% del Test 2 un X+% inferior al 70%. Obviamente

los tres grupos tienden a hacer más interpretaciones no convencionales de los estímulos que los no-pacientes; sin embargo, hasta que punto estas interpretaciones no convencionales implican percepciones inadecuadas y/o distorsión en la mediación, difiere considerablemente en los tres grupos. La media de X-% para los no-pacientes es del 6% (DT=5). La media de X-% para la muestra de borderlines es del 13% (DT=10), y para los esquizotípicos es del 18% (DT=10). Los esquizofrénicos están de nuevo en el extremo, presentando una media de X-% del 31% en el Test 1 y del 34% en el Test 2 con desviaciones estandar de 15 en ambos. Generalmente un X-% mayor del 15% indica que los problemas en las operaciones perceptuales y mediacionales son de una magnitud suficiente para interferir frecuentemente con un funcionamiento efectivo. Algo más de un cuarto de los sujetos borderline (27%) presentan este problema; sin embargo, un número significativamente mayor de esquizotípicos (63%) manifiestan esta dificultad, que está presente en el 87% de los registros dados por esquizofrénicos al Test 1 y en el 90% del Test 2. Los borderline dan por término medio poco más de dos respuestas negativas por protocolo y 14 de los 84 sujetos no dan respuestas menos. El grupo esquizotípico da por término medio más de tres respuestas y media negativas y sólo 6 de los 76 sujetos no dan ninguna. Los esquizofrénicos dan por término medio más de seis respuestas menos en cada test y sólo 2 de los 80 sujetos deja de dar por lo menos una respuesta menos en el Test 1 y sólo uno deja de hacerlo en el Test 2. En otras palabras, aunque la mayoría de los sujetos en los tres grupos hacen muchas interpretaciones poco convencionales de los estímulos, las de los borderline es menos probable que impliquen distorsión, mientras que la distorsión se encuentra mucho más a menudo entre los esquizotípicos y con frecuencia entre los esquizofrénicos, lo que indica un serio deterioro.

Los datos sobre las otras dos variables también parecen arrojar alguna luz sobre las diferencias entre los tres grupos. La primera es la proporción de movimiento humano "pasivo" (Mp) a movimiento humano "activo" (Ma). Los datos normativos para no-pacientes revela que muchos adultos dan casi el doble de respuestas Ma que Mp. Exner (1978,1986) comprobó que cuando Mp es superior a Ma, significa un abuso de la fantasía, esto es, una tendencia a huir en la fantasía como reacción al stress y contar con las decisiones y directrices de otros para la solución de los problemas. Una considerable proporción de sujetos de los tres grupos muestra esta característica; sin embargo es más frecuente entre los esquizotípicos (47%). Así, no sólo tienden a contar con un estilo ideacional de manejo general, sino que también tienden a abusar de este estilo usándolo como una táctica para evitar, más que para enfrentarse con los problemas corrientes.

La segunda variable es el Índice de Egocentricidad ( $3r+2/R$ ), que proporciona alguna información sobre el sentido del propio valor en relación a

los otros significativos del entorno. La media para adultos no-pacientes para este índice es 0'36 (DT=0'06). Generalmente cuando el índice cae bajo 0'30, indica un sentido negativo del valor personal. Si el valor es superior a 0'42, sugiere un centrarse excesivamente en sí mismo a expensas del interés por el entorno social. Las medias para el Índice de Egocentricidad cae dentro de la normalidad para los esquizofrénicos y esquizotípicos; sin embargo, más del 40% de los esquizofrénicos tienen índices inferiores a 0'30. Por el contrario, la media para el grupo borderline es 0'49, sugiriendo que, como grupo, se preocupan mucho más por sí mismos que por el mundo social.

## **Visión general de los grupos**

Si consideramos el conjunto de las diferencias significativas a lo largo de estos grupos y entre ellos, se desprenden tres imágenes relativamente diferentes de organización y funcionamiento psicológico. Hay un solapamiento considerable entre los grupos esquizotípicos y esquizofrénicos en cuanto a características de organización, pero considerablemente menos en cuanto al funcionamiento. El grupo borderline parece ser muy distinto de los otros dos tanto en organización como en funcionamiento. De hecho las diferencias son tan vastas que parece razonable cuestionar la opinión del DSM-III de que ambos diagnósticos, de trastornos borderline y esquizotípico, pueden ser usados para identificar a un mismo paciente.

Como grupo los borderline no tienen una organización y funcionamiento psicológicos muy sofisticados. La mayoría tienen una orientación afectiva, esto es, son propensos a experimentar y/o descargar afecto en relación con la mayoría de operaciones. Aunque este estilo personal no es normalmente una desventaja, siendo característico aproximadamente del 40% de los adultos no-pacientes, puede plantear riesgos importantes en el ajuste si existen también problemas en la capacidad de control y/o fallos frecuentes en la modulación eficaz de la descarga afectiva. Ambos problemas son características distintivas del grupo borderline y ambos parecen relacionados con alguna forma de retraso en el desarrollo. El problema general de control crea una vulnerabilidad para ser inundado por el stress mucho más fácilmente de lo que es típico para un adulto. En el mejor de los casos el resultado son patrones de conducta menos efectivos; en el peor una desorganización general.

Si también está presente un fallo en la modulación del afecto, el potencial para conductas impulsivas y volátiles es considerable. El borderline también parece estar más centrado en sí mismo que la mayoría de adultos. Esta característica contribuye probablemente a su tendencia a percibir la realidad en una forma menos convencional, aunque generalmente sin que implique distorsiones significativas de la realidad. La singular mezcla de sus muchas desventajas hace algo probable que en ocasiones



los patrones de conducta que formulan mientras están con una sobrecarga estimular, puedan incluir conductas con características parecidas a las psicóticas. El hecho de que 11 de los 84 sujetos de este grupo (13%) tenga valores positivos de 4 ó 5 en el índice de esquizofrenia (SCZI) sugiere que unos pocos pueden presentar cuadros seudoesquizofrénicos en el inicio de la desorganización. Esta proporción de falsos positivos es similar a la presentada por los trastornos afectivos de primera admisión. Es más probable, sin embargo, que la mayoría de desorganizaciones severas estén marcadas por una considerable confusión afectiva, particularmente en aquellos sujetos que tienen problemas crónicos en la modulación del afecto. En estos casos, las características que parecen psicóticas tenderán a aparecer, porque la combinación de fallos de control y en la modulación, crea un tipo de indefensión en la que el afecto se convierte en la fuerza dominante en el ordenamiento y/o dirección de funciones y conductas, con poca consideración hacia las circunstancias o consecuencias. En realidad éste es el resultado de una organización estructural que podría calificarse mejor como inmadura y/o inadecuada.

Como apuntábamos antes, las características de organización y funcionamiento de los esquizofrénicos y esquizotípicos son muy distintas de las de los borderline, pero en muchos sentidos son muy parecidas entre sí. En este contexto, los datos dan algún apoyo a las posturas de Kety (1985) y Gunderson y Siever (1985) de que puede haber alguna relación entre los grupos. Ambos grupos son muy propensos a la utilización de un estilo ideacional en la mayoría de sus actividades de manejo. Prefieren demorar las decisiones hasta haber podido pensar sobre las consecuencias potenciales de las respuestas. Al igual que para el estilo dominado por el afecto de los borderline, no hay desventajas específicas en este estilo de personalidad. Es común en el 40% aproximadamente de la población de adultos no-pacientes; sin embargo, la efectividad de este estilo es altamente dependiente de la claridad del pensamiento o la adecuación de la prueba de realidad. Por desgracia tanto los esquizotípicos como los esquizofrénicos están en desventaja en estas áreas. Cada grupo manifiesta problemas significativos en el pensamiento, los esquizotípicos en menor medida que los esquizofrénicos, pero ambos de una magnitud que hace predecir juicios y razonamientos a menudo deteriorados. Además ninguno de los grupos procesa la información con efectividad consistente. Por el contrario, ambos grupos a menudo tienden a procesar y/o elaborar la información de forma distorsionada. Como resultado, su prueba de realidad es limitado en el mejor de los casos y obviamente a veces se deteriora tanto que se crean rupturas. Cuando este problema se mezcla con pensamiento desordenado, el producto final solo puede ser desastroso para los esfuerzos de adaptación.

Es importante notar que las frecuencias y magnitudes con que estos rasgos de deterioro se dan entre los esquizotípicos, son sustancialmente

menores de las que encontramos entre los esquizofrénicos. Esto se ilustra probablemente mejor con los valores del Índice de Esquizofrenia. Alrededor del 82% de los registros del Test 1 y del 78% del Test 2 dados por el grupo esquizofrénico, muestra valores positivos de SCZI de 4 ó 5 en contraste con únicamente un 37% del grupo esquizotípico. Con todo, una proporción de 37% de falsos positivos, es más del triple del hallado en cualquier otro grupo psiquiátrico e indica que el tipo de deterioro que es frecuente entre los esquizofrénicos, aparece con suficiente frecuencia entre los esquizotípicos como para predecir que muchas de sus conductas estarán marcadas por características parecidas a la esquizofrenia.

Los datos también sugieren por lo menos dos razones por las que los esquizotípicos es menos probable que sufran desorganizaciones mayores con una frecuencia similar a la que se da entre los esquizofrénicos. En primer lugar tienden mucho más a utilizar su mundo ideacional para evitar o escapar del stress. Muchos están fuertemente entregados a una vida interna que les permite ignorar, o reemplazar a través de la fantasía, las demandas de su entorno. Haciendo esto, tienden a adoptar una actitud más pasiva hacia el mundo, a través de la cual desarrollan una expectativa de que los otros deben tomar las decisiones y resolver los problemas. Esto tiende a neutralizar muchas tensiones, si bien los vuelve vulnerables al impacto de las decisiones de otros, lo que puede tener consecuencias negativas. Es probablemente bajo estas circunstancias que se vuelven más propensos a la desorganización. En segundo lugar, parecen intentar mantener una estrecha vigilancia sobre sus manifestaciones emocionales. Muy pocos parecen tener problemas en la modulación emocional y cerca del 22% tienen puntuaciones D ajustadas entre +1 y +3 en comparación con el 21% de los esquizofrénicos pero únicamente el 2% de los borderline. El elevado D ajustado indica un fácil acceso a los recursos para concebir y dirigir las conductas, independientemente de si la elección de respuestas será efectiva o adaptativa, y una más fuerte tolerancia al stress de lo que es común entre los adultos. Como resultado, pocos patrones de conducta de los esquizotípicos es probable que estén marcados por una falta de control y/o el tipo de expresión intensa de afecto que a menudo es causa de que otros identifiquen la presencia de desajuste.

En efecto, el esquizotípico probablemente vive una existencia semi-separada, encubriendo a menudo la presencia de un pensamiento extraño y/o las distorsiones de la realidad. En contraposición, los esquizofrénicos pueden hacer esto menos fácilmente porque la frecuencia y magnitud de la perturbación es más omnipresente en la conducta. Si existe un vínculo entre los esquizotípicos y los esquizofrénicos, una denominación más apropiada para el esquizotípico podría ser la de esquizofrénico borderline o esquizofrénico latente, ambos usados en el pasado para reconocer este vínculo y sus consecuencias potenciales para la planificación del tratamiento. De for-

ma similar, el actual rótulo borderline, parece demasiado general y potencialmente erróneo. Posiblemente, con la vuelta a la vieja categoría de personalidad inadecuada, el término sería más apropiadamente descriptivo.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed.) Washington, DC: Author.
- BECKER, W. C. (1956). A genetic approach to the interpretation and evaluation of the process-reactive distinction in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 229-236.
- EXNER, J. E. (1978). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Recent research and advanced interpretation*. New York: Wiley.
- EXNER, J. E. (1982). Rorschach assessment. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology* (2nd ed., pp. 58-99) New York: Wiley.
- EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations* (2nd. ed.). New York: Wiley.
- FRANCES, A. (1985). Validating schizotypal personality disorder: Problems with the schizophrenia connection. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 595-597.
- FRIEDMAN, H. (1953). Perceptual regression in schizophrenia: An hypothesis suggested by use of the Rorschach Test. *Journal of Projective Techniques*, 17, 171-185.
- GUNDERSON, J. G., & KOLB, J. E. (1979). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- GUNDERSON, J. G., & SIEVER, L. J. (1985). Relatedness of schizotypal to schizophrenic disorders: Editors' introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 532-537.
- KENDLER, K. S. (1985). Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: A historical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 538-553.
- KERNBERG, O. F. (1979). Two reviews of literature on borderlines: An assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 53-58.
- KETY, S. S. (1985). Schizotypal personality disorder: An operational definition of Bleuler's latent schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 11, 590-594.
- KETY, S. S., ROSENTHAL, D., WENDER, P. H., & SCHULSINGER, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. ROSENTHAL & S. S. KETY (Eds.), *The transmission of schizophrenia* (pp. 89-118). Oxford, England: Pergamon.
- KETY, S. S., ROSENTHAL, D., WENDER, P. H., SCHULSINGER, F., & JACOBSEN, B. (1975). Mental illness in the biological and adoptive families of adoptive individuals who have become schizophrenic: A preliminary report based on psychiatric interviews. In R. R. FIEVE, D. ROSENTHAL, & H. BRILL (Eds.), *Genetic research in psychiatry* (pp. 121-163). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- LIEBOWITZ, M. R. (1979). Is borderline a distinct entity? *Schizophrenia Bulletin*, 5, 23-38.
- MASTERTON, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner/Mazel.
- SINGER, M. T., & LARSON, D. G. (1981). Borderline personality and the Rorschach Test. *Archives of General Psychiatry*, 38, 693-698.
- SPITZER, R. L., & ENDICOTT, J. (1979). Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 95-100.
- TORGERSON, S. (1985). Relationship of schizotypal personality disorder to schizophrenia: Genetics. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 554-563.
- WIDIGER, T. A., FRANCES, A., WARNER, L., & BLUHM, C. (1986). Diagnostic criteria for the borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 43-51.

---

Dirección: Rorschach Workshops, P. O. Box 9010. Ashville, NC 28815-9010, U. S.

## **\*Tres tipos de pacientes borderline y sus respuestas diferenciales a tests psicológicos**

---

Sidney J. Blatt y John S. Auerbach

Nos proponemos diferenciar tres tipos distintos de trastornos borderline: a) la borderline esquizofrenia que se caracteriza por una lucha por mantener una existencia social marginal y un equilibrio precario muy cerca de la descompensación esquizofrénica; b) trastorno anaclítico de personalidad borderline, equivalente más o menos al síndrome constituyente del DMS-III BPD y que comprende rasgos infantiles o histéricos y preocupación por la necesidad, dependencia y vínculos; y c) trastorno borderline introyectivo que se caracteriza al igual que en los de personalidad borderline anaclítica, por inestabilidad permanente, pero con preocupaciones por control, autonomía y autodefinition y una preponderancia de rasgos obsesivos o paranoides, más que de comportamiento dependiente y labilidad afectiva.

Tanto los anaclíticos como los borderline introyectivos son capaces de pasar por períodos transitorios de psicosis y de una gran labilidad, pero en comparación con los borderline esquizofrénicos, no se encuentran, en general, bajo ningún riesgo de descompensación esquizofrénica.

Estos tres tipos distintos de pacientes borderline pueden distinguirse en base a tipos especiales de trastornos de los procesos cognitivos. Los trastornos cognitivos de los pacientes borderline esquizofrénicos se caracterizan por un deterioro en la capacidad de establecer y mantener diferenciaciones fundamentales en los límites entre objetos independientes y entre el yo y el no yo (Blatt y Wild, 1976).

Esta alteración en la habilidad para articular y mantener diferenciaciones fundamentales en los límites va acompañada de un deterioro en los procesos perceptuales básicos. En comparación, los procesos cognitivos de los dos tipos de personalidad borderline se caracterizan por deterioros en la constancia evocativa (Adler y Buie, 1979; Blatt y Shichman, 1983) es decir, por alteraciones en la habilidad de establecer y mantener un sentido duradero del self y de otras personas significativas durante situaciones

---

\*Este artículo ha sido traducido por Montserrat Ros de la Rorschachiana XVI (1987, 199-205).

estresantes, en especial durante momentos de sentirse abandonados y/o criticados.

Estas alteraciones de la constancia evocativa, aunque menos profundas que el deterioro de los borderline esquizofrénicos en la capacidad de representaciones de los límites, comprende dificultades en mantener una diferenciación entre marcos de referencia internos y externos, una diferenciación entre percepción realista y pensamiento, por una parte y por la otra entre asociaciones correspondientes a las percepciones-asociaciones inicialmente correctas dominadas por afectos intensos y fantasías primitivas. Por tanto, mientras los deterioros en la constancia evocativa reflejan trastornos en los procesos de asociación de las personalidades borderline, sus procesos perceptuales básicos se mantienen relativamente intactos en comparación con los borderline esquizofrénicos (Blatt y Shichman, 1983; Blatt y Wild, 1976).

Entre las personalidades borderline anaclíticas, el deterioro representacional principal está en la constancia evocativa del objeto, esto es, en la habilidad para evocar y mantener una imagen estable y positiva y un sentido de relación con otro significativo durante la ausencia o pérdida de esta persona (Adler y Buie, 1979). Cuando la relación de un borderline anaclítico con otro significativo es estresada o amenazada, el objeto es vivido no solo como inalcanzable o desinteresado, sino perdido por completo.

En consecuencia sentimientos profundos de abandono, rechazo y soledad, incapacitan al paciente para el procesar cognitivo realista. Por el contrario, el trastorno primario en la constancia evocativa entre personalidades borderline introyectivas, se expresa por una falta de habilidad para mantener un sentido cohesivo y afectivo del self frente a la crítica o rechazo de un objeto significativo (ver Kohut, 1971, 1977). Cuando borderlines introyectivos sienten crítica o desaprobación, experimentan sentimientos dolorosos de fragmentación o merma del self. Sus procesos cognitivos se convierten en fragmentados, idiosincráticos, excesivamente simbólicos e ilógicos.

Estas diferencias en las capacidades de representación de los tres tipos de pacientes borderline, emergen claramente como distintos tipos de alteraciones del pensamiento en el test de Rorschach. Hay una amplia bibliografía acerca de la psicopatología borderline y el Rorschach (Singer, 1977; Widiger, 1982) pero como la rigurosa diferenciación de tipos de condiciones borderline es de reciente aparición, recién ahora están empezando a aparecer los estudios empíricos de las formas típicas de trastornos mentales a través del Rorschach en estos tres tipos de pacientes. En esquizofrénicos con síndrome completo, la forma característica de alteración a través del Rorschach es la respuesta de contaminación (ej. Blatt y Ritzler, 1974; Blatt y Wild, 1976; Exner, 1978; Lerner, Sugarman y Barbour, 1985; Quinlan y Harrow, 1974; Rapaport, Gill y Schafer, 1945-46; Weiner,

1966; Wilson, 1985). En la respuesta de contaminación los límites entre los objetos independientes se pierden, de tal forma que dos conceptos se fusionan en una sola percepción (p. ej. "una mano-conejo, porque parece un conejo y a la vez una mano"). Los pacientes borderline esquizofrénicos se encuentran, a menudo, al borde de la descompensación esquizofrénica, pero precisamente por no haberlo hecho todavía, la forma más característica de alteración del pensamiento en el Rorschach es la tendencia a la contaminación, en la que tienden a desdibujar los límites entre conceptos o percepciones independientes, pero también mantienen cierta conciencia de la naturaleza inapropiada de su trastorno de pensamiento (ej.: "Dos chicas unidas por el estómago"; "Parecen osos creciendo desde los brazos de una dama sin cabeza, pero eso no tiene sentido").

Cuando ocurre la descompensación psicótica, el trastorno de pensamiento de estos pacientes a menudo degenera a un nivel de contaminación total. Pierden la capacidad de establecer y mantener diferenciaciones fundamentales de límites y de reconocer lo inapropiado de su pensamiento confuso y fusionado (Blatt y Wild, 1976).

Por el contrario la alteración más típica del pensamiento en el Rorschach de personalidades borderline es la respuesta de confabulación (Blatt y Shichman, 1983; Kelly, 1986; Lerner *et. al.* 1985; Wilson, 1985), en la que asociaciones idiosincráticas y reacciones afectivas intensas dominan y agobian el pensamiento y la percepción realista (ej.: "Carne podrida, colores horribles, me pone enfermo solo de mirarlo"; "dos personas acostadas, cansadas, descansando, alguien las está ayudando, quizás la naturaleza, tal vez Dios"). El pensamiento confabulatorio en los trastornos de la personalidad borderline reflejan un intento restitutivo para compensar el déficit en la constancia evocativa representacional (Adler y Buie, 1979; Blatt y Shichman, 1983) o, desde una perspectiva teórica relacionada, por el deterioro en la relación normal transicional (Adler y Buie, 1979; Modell, 1963; Winnicott, 1953). Este tipo de disturbio cognitivo forma la subestructura para las singulares deformaciones de pacientes con patología borderline del carácter. Imágenes vívidas y exageradas, idealizaciones intensas o groseras denigraciones y conceptos polarizados y exageradamente simbólicos, por ejemplo, permiten a la personalidad borderline mantener un sentido de relación con el objeto en su ausencia. De tal manera que, cuando las personalidades borderline se convierten temporalmente en psicóticas, generalmente retienen la capacidad para articular límites básicos perceptuales, pero pierden temporalmente la capacidad de diferenciar percepciones reales de un objeto, de reacciones hacia el mismo personalizadas, idiosincráticas, afectivamente cargadas. Las breves psicosis depresivas o paranoides que ocurren en los trastornos de personalidad borderline, expresan experiencias intensamente dolorosas, de abandono, miedos profundos de ser rechazados, preocupaciones acerca la dominación intru-

siva de otro significativo, y sentimientos profundos de inutilidad interna y maldad. De la misma forma que en la respuesta de confabulación del Rorschach, reacciones emocionales intensas e idiosincráticas frente a acontecimientos ambientales agobian la percepción realista y el pensamiento.

Consistente con esta distinción entre alteraciones de la articulación de límites en la borderline esquizofrenia y alteraciones en la constancia evocativa en los trastornos de carácter de los borderline, Carsky y Bloomgarden (1918), encontraron en un estudio sobre el contenido de las respuestas en el Rorschach, que las respuestas de los pacientes borderline esquizofrénicos, se caracterizaban por temas de muerte, desintegración, metamorfosis bizarras y peculiaridades generales. El contenido de las respuestas dadas en el Rorschach por pacientes borderline esquizofrénicos se parece bastante al contenido de las respuestas dadas por esquizofrénicos (véase Fisher y Cleveland, 1958). Por el contrario, las respuestas de pacientes con patología de carácter borderline se caracterizan por temas intensamente afectivos e interpersonales.

El mayor reto terapéutico al trabajar con borderline esquizofrénicos es la amenaza de descompensación esquizofrénica (Mc Glashan, 1983; Hoch *et. al.* 1962). El borderline esquizofrénico se ha retirado del mundo o de las relaciones realistas (Bleuler, 1911, 1950; Fenichel, 1945; Gunderson *et. al.* 1983; Meehl, 1962; Rapaport *et. al.* 1945, 1946; Zilboorg, 1941, 1957; véase Freud 1914, 1957). Los borderline esquizofrénicos son más reservados, retraídos, aislados y raros que otros pacientes con alteraciones de personalidad borderline (Georfe y Soloff, 1986; Gunderson, *et. al.* 1983; Spitzer *et. al.* 1979; Stone, 1983, 1985). La evitación de los pacientes borderline esquizofrénicos del mundo interpersonal a favor de un mundo de relaciones fantaseadas, como la importancia de una alteración del pensamiento casi contaminatorio, es un intento restitutivo en estos pacientes para sobrellevar las dificultades de mantener la diferenciación de límites entre el self y el otro y con miedos de desintegración y fusión (Blatt, Schimek, y Brenneis, 1980; Blatt y Wild, 1976; Burnham, Gladstone y Gibson, 1976). En contraste, el mayor reto que presentan los pacientes con trastornos de personalidad borderline son su intensa labilidad afectiva, destrucción contra ellos mismos e intentos de suicidio manipulativos (Gunderson y Kolb, 1978; Perry y Klerman, 1980; Sheehy *et. al.* 1980).

Los rasgos más rimbombantes del comportamiento de los trastornos de personalidad borderline reflejan sus intentos desesperados para mantener la catexia en sus relaciones interpersonales. Esta carga en las relaciones como la importancia del trastorno de pensamiento confabulatorio en estos pacientes, indica un intento restitutivo para compensar un déficit en la capacidad evocativa representacional y para sobrellevar los sentimientos de soledad, de vacío, abandono, inutilidad, fragmentación o furia (Adler y

Buie, 1979; Gunderson, 1984; Kernberg, 1975; Kohut, 1977; Masterson y Rinsley, 1975).

En cuanto que los intentos para compensar los déficit en la constancia evocativa representacional y los consecuentes sentimientos de fragmentación y soledad son los ejes centrales en la patología de carácter borderline, el test de Rorschach parece estar especialmente designado para hacer aparecer el pensamiento confabulatorio en estos pacientes. La falta de estructura del Rorschach se enfrenta directamente con las capacidades representacionales inadecuadas de las personalidades borderline. Porque sus respuestas perceptuales iniciales y en general precisas a los estímulos les parecen inestables, intentan hacerlas más vívidas para dar a sus percepciones mayor estabilidad y permanencia a través de una excesiva elaboración ideacional detallada o de asociaciones intensamente afectivas. El sentido de inestabilidad en las respuestas del Rorschach, en parte provocado por la falta de definición perceptual de la mancha de tinta, se debe también a la amorfa estructura interpersonal de la situación de prueba del Rorschach (Arnow y Cooper, 1984).

Las instrucciones del test son intencionadamente ambiguas y vagas. Los sujetos luchan con la tarea mal definida de construir un significado y organización dentro de la relativa ambigüedad de las manchas de tinta y el examinador aporta un apoyo, estructura y guía mínimos. De esta forma a causa de la naturaleza de los estímulos, y la calidad de la situación de prueba interpersonal, el Rorschach grava las capacidades deficientes representacionales de las personalidades borderline. La estructura reducida tanto de los estímulos como en la situación de prueba, provoca poderosos temores a la fragmentación o al abandono de objetos significativos, sentimientos de ira y desesperanza y defensas primarias de disociación, negación, identificación proyectiva, idealización y omnipotencia (Arnow y Cooper, 1984). Es como si el Rorschach con sus estímulos y forma de aplicación inestructurados estuviera especialmente concebido para enfrentar a las personalidades borderline con la ambigüedad, una condición que los trastorna profundamente, a causa de sus capacidades limitadas evocativas representacionales.

El argumento de Arnow y Cooper (1984), según el cual la situación de prueba del Rorschach en total, no solo la naturaleza inestructurada de las manchas de tinta, es responsable de lograr el pensamiento de proceso primario en los borderline, es muy convincente. Estamos de acuerdo con su análisis y quisiéramos extenderlo algo más. En el grado en que la estructura de la situación de prueba del Rorschach puede hacerse aún más ambigua, los pacientes borderline son todavía más capaces de manifestar con mayor claridad su pensamiento regresivo. P. ej. el interrogatorio estandar del Rorschach se hace a la vista de la mancha de tinta. Rapaport *et. al.* (1945 - 46) propusieron que se hiciera el interrogatorio sin mirar la lámina, redu-



ciendo así la estructura aún más y obteniendo expresiones más amplias del pensamiento alterado. La solicitud de elaborar las respuestas sin mirar a las láminas aumenta la demanda sobre las capacidades deficientes representacionales en los pacientes borderline.

En este contexto, el pensamiento confabulatorio entre las personalidades borderline debe entenderse como un intento de estabilizar y dar vida a representaciones que parecen precarias y vulnerables (Blatt y Shichman, 1983). Las sobreelaboraciones afectivas e ideacionales del pensamiento confabulatorio expresan también las preocupaciones predominantes en estos pacientes: que el otro se vive como un ser maligno, abandonante y persecutorio, o restitutivamente (véase Lerner y St. Peter, 1984; Masterson y Rinsley, 1975), como idealizado, omnipotente y super-alimentador. Tanto los aspectos deseados como los temidos de las relaciones interpersonales son representados de una forma polarizada.

Un paciente con disturbios borderline de personalidad, por lo tanto, no ve simplemente un murciélago, sino que ve "un murciélago que está a punto de devorarme" no simplemente "una mariposa" sino "una mariposa que me recuerda la belleza de la creación divina". La respuesta confabulatoria idealizada o maligna, es decir, la creación de un objeto fantaseado vívido que es a la vez mayor que en la vida real pero que se puede controlar omnipotentemente, es un intento de impedir el temido abandono por el objeto significativo o la temida desintegración del self.

El pensamiento confabulatorio puede ocurrir de dos maneras diferentes, bien a través de intrusiones sobreelaboradas cargadas de afecto o a través de largas sobreespecificaciones de asociaciones y detalles (Quinlan, Harrow, Tucker y Carlson, 1972). La elaboración del afecto es el grado en el que se le atribuye cualidades afectivas a un material de test neutro como la mancha de tinta del Rorschach, o al que nos referimos al hablar de las respuestas afectivas propias a los estímulos del test. Sobreespecificidad es el grado en el que las asociaciones personalizadas, idiosincráticas o irrelevantes aparecen en la respuesta. Una respuesta en Rorschach puede ser sobreespecífica o elaborada con afecto sin ser necesariamente un trastorno del pensamiento (ej. "una cara triste"). Las formas leves de estas respuestas se consideran fabuladas (Rapaport *et. al.*, 1945-1946). Las respuestas con sobreespecificaciones o elaboraciones afectivas más intensas son indicativas de psicopatología grave (Quinlan *et. al.*, 1972). El trastorno del pensamiento confabulatorio entre los borderline anaclíticos comprende intrusiones afectivas exageradas que distorsionan una percepción inicialmente realista (elaboración severa del afecto). El trastorno del pensamiento entre los borderline introyectivos implica una elaboración excesiva de los detalles de una respuesta (sobreespecificidad severa).

Aunque la confabulación es la forma paradigmática de trastorno de pensamiento en los trastornos de personalidad borderline, una forma rela-

tivamente leve de trastorno del pensamiento, la combinación fabulizada\* también es corriente en estos síndromes (Lerner *et. al.* 1985; Singer y Larson, 1981; Wilson, 1985). En la combinación fabulizada las zonas contiguas de las manchas de tinta se ven como si actuaran entre sí de una forma arbitraria o no realista (p. e. "Osos subiendo por espuma de algodón"). Porque dos objetos o acontecimientos independientes se colocan en algún tipo de relación arbitraria en base a contigüidad espacial y/o temporal, estas respuestas reflejan un defecto en el razonamiento causal. Tales respuestas son más frecuentes entre personalidades borderline introyectivas sobreideacionales.

Aunque el pensamiento confabulatorio y de combinación fabulizada son las distorsiones cognitivas más características entre los trastornos de personalidad borderline, los borderline anaclíticos e introyectivos difieren en la forma en que expresan la combinación fabulizada y el pensamiento confabulatorio. En las personalidades borderline anaclíticas, la respuesta de combinación fabulizada relaciona dos o más objetos independientes entre sí; dos cosas que normalmente no se relacionan se tocan o interactúan (ej. "Un perro de la pradera besando a una mariposa"). En comparación, las combinaciones fabulizadas de los pacientes con personalidad borderline introyectiva hacen, de cosas no relacionadas, parte de un enorme esquema intelectual (ej. "Elefantes asaltando el Taj Mahal"). Entre los pacientes anaclíticos las combinaciones fabulizadas expresan temas interpersonales afectivos, y los temas de construcción simbólica son más frecuentes entre los pacientes introyectivos. De la misma manera, entre los borderline anaclíticos, las confabulaciones implican confusiones entre las percepciones y reacciones afectivas intensas hacia lo percibido (ej. "Un murciélago, oh! es horrible, espantoso, no puedo soportarlo, sácalo de aquí"). Entre los borderline introyectivos, el pensamiento confabulatorio se expresa por sobreelaboraciones, temas grandiosos y el uso de significados simbólicos, abstracciones (ej. "El diablo reinando en el infierno, el negro simboliza el mal y el rojo simboliza el fuego").

Tanto la combinación fabulizada como la confabulación ocurre en ambas personalidades borderline: la anaclítica y la introyectiva. Pero debido a que el pensar FABCOM implica a menudo inferencias causales ilógicas y no realistas, es más probable que sea sobreespecífico y sobreideacional y esto es más característico del trastorno de personalidad borderline introyectivo. Por otro lado, el pensamiento confabulatorio, debido a que probablemente incluye reacciones afectivas intensas a las percepciones realistas al inicio —esto es, ser elaborado más afectivamente— es más propio de los borderline anaclíticos.

Finalmente, de acuerdo con la formulación de que los trastornos

---

\* Nota de la traducción: FABCOM en el Sistema Comprensivo

asociados son centrales a los trastornos de la personalidad borderline y de que los trastornos básicos de percepción son centrales a la esquizofrenia, los investigadores han encontrado que las personalidades borderline y los esquizofrénicos pueden ser diferenciados por sus respuestas divergentes a experiencias bien estructuradas. La mayor estructura ambiental permite a pacientes con trastornos de personalidad borderline contener sus asociaciones idiosincráticas. Así, por ejemplo, en el Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), los pacientes con trastornos borderline de carácter actúan mucho más eficazmente que los pacientes esquizofrénicos.

Aunque los pacientes con patología borderline de carácter tienen actuaciones alteradas en alguno de los subtests de inteligencia del Wechsler (Hymowitz *et. al.*, 1983; Widiger, 1982), las tareas altamente estructuradas y orientadas hacia la realidad de los test de inteligencia compensan sus capacidades deterioradas para la constancia evocativa y les permite mantener verbalizaciones centradas, alteradas relativamente por los trastornos de pensamiento (Carr, Goldstein, Hunt y Kernberg, 1979). Por el contrario, el funcionamiento general de ambos, esquizofrénicos y borderline esquizofrénicos, es más alterado en el Wechsler (Allison, Blatt, y Zimet, 1968), y las verbalizaciones de estos pacientes manifiestan a menudo graves trastornos de pensamiento (Adler y Harrow, 1974; Harrow y Quinlan, 1985). En contraste, las expresiones más graves de trastorno de pensamiento en las personalidades borderline se manifiestan usualmente sólo en el Rorschach. Sin embargo, incluso en el Rorschach, el test de realidad y los procesos de pensamiento en las personalidades borderline, aunque dañadas, son menos alteradas que los de los pacientes esquizofrénicos (Exner, 1987). Las escalas Wechsler tienen un grado de estructura que permite a los pacientes con trastornos de personalidad borderline funcionar con más efectividad que como lo hacen en el Rorschach, más inestructurado. Los pacientes esquizofrénicos y borderline esquizofrénicos por el contrario es menos probable que sean capaces de utilizar la estructura incrementada del test de inteligencia y por ello expresarán el trastorno de pensamiento tanto en las tareas estructuradas como en las inestructuradas.

La tendencia de los pacientes con trastornos borderline a desorganizarse en ausencia de estructura, pero a mantener un funcionamiento adaptativo cuando la estructura está presente, se halla de acuerdo con la hipótesis de que el único trastorno de estos individuos es el deterioro de la capacidad para la representación evocativa. Porque la capacidad para representar diferenciaciones básicas de límites está relativamente poco deteriorada en los pacientes borderline, el comportamiento de estos individuos es más probable que permanezca organizado en situaciones bien definidas y con tareas bien estructuradas. Por otro lado, teniendo en cuenta que la constancia evocativa es necesaria para organizar y guiar el comportamiento cuando la estructura ambiental y la definición son escasas o están

ausentes, las capacidades evocativas representacionales limitadas de estos pacientes hacen que su funcionamiento decaiga cuando situaciones y tareas son ambiguas.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER, D., HARROW, M. (1974). Idiosyncratic thinking and personally overinvolved thinking in schizophrenic patients during partial recovery. *Comprehensive Psychiatry*, 15, 57-67.
- ADLER, G., & BUIE, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- AKISKAL, H. S. (1981). Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.
- AKISKAL, H. S., CHEN, S. E., DAVIS, G. C., PUZANTIAN, V. R., KASHGARIAN, M., & BOLINGER, J. M. (1985). Borderline: An adjective in search of a noun. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 41-48.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3rd. ed.). Washington, DC: Author.
- ARNOW, D., & COOPER, S. H. (1984). The borderline patient's regression on the Rorschach: An object-relations interpretation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48, 25-36.
- BARASCH, A., FRANCES, A., HURT, S., CLARKIN, J., & COHEN, S. (1985). Stability and distinctness of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 927-934.
- BARON, M., GRUEN, R., ASNIS, L., & LORD, S. (1985). Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 927-934.
- BLATT, S. J., BRENNEIS, C. B., SCHIMEK, J. G., & GLICK, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 364-373.
- BLATT, S. J., FORD, R. Q., BERMAN, W., COOK, B., & MEYER, R. (1988). The assessment of change during the intensive treatment of borderline and schizophrenic young adults. *Psychoanalytic Psychology*, 5 (2), 127-158.
- BLATT, S. J., & RITZLER, B. (1974). Thought disorder and boundary disturbance in psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 370-381.
- BLATT, S. J., & SHICHMAN, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.
- BLATT, S. J., SCHIMEK, J. G., & BRENNEIS, C. B. (1980). The nature of the psychotic experience and its implications for the therapeutic process. In J. S. STRAUSS, M. BOWERS, T. W. DOWNEY, S. FLECK, S. JACKSON, & I. LEVINE (Eds.), *The psychotherapy of schizophrenia*, 101-114. New York: Plenum Press.
- BLATT, S. J., & WILD, C. M. (1976). *Schizophrenia: A developmental analysis*. New York: Academic Press.
- BLEULER, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, Trans). New York: International Universities Press. (Original work published 1911).
- BURHAM, D. L., GLADSTONE, A. I., & GIBSON, R. W. (1969). *Schizophrenia and the need-fear dilemma*. New York: International Universities Press.
- CARR, A. C., GOLDSTEIN, E. G., HUNT, H. F., & KERNBERG, O. F. (1979). Psychological tests and borderline patients. *Journal of Personality Assessment*, 43, 582-590.
- CARSKY, M., & BLOOMGARDEN, J. W. (1981). Subtyping in the borderline realm by means of Rorschach analysis. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 101-115.
- CHOPRA, H. D., & BEATSON, J. A. (1986). Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1605-1607.
- EXNER, J. E. (1986). Some Rorschach data comparing schizophrenics with borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 50, 455-471.

- FISHER, S., & CLEVELAND, S. E., (1958). *Body image and personality*. New York: Van Nostrand.
- FRAIBERG, S. (1969). Libidinal object constancy and mental representation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 9-47.
- GEORGE, A., & SOLOFF, P. H. (1986). Schizotypal symptoms in patients with borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 212-215.
- GUNDERSON, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GUNDERSON, J. G. & KOLB, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- GUNDERSON, J. G., SIEVER, L. J., & SPAULDING, E. (1983). The search for a schizotype: Crossing the border again. *Archives of General Psychiatry*, 40, 15-22.
- HOCH, P. H., CATTELL, J. P., STRAHL, M. P., & PENNES, H. (1962). The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 119, 106-115.
- HYMOWITZ, P., HUNT, H. F., CARR, A. C., HURT, S. W., & SPEAR, W. E. (1983). The WAIS and Rorschach tests in diagnosing borderline personality. *Journal of Personality Assessment*, 47, 588-596.
- KERNBERG, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- KROHN, A., & MAYMAN, M. (1974). Object representations in dreams and projective tests. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 38, 445-466.
- LERNER, H., & ST. PETER, S. (1984). Patterns of object relations in neurotic, borderline and schizophrenic patients. *Psychiatry*, 47, 77-92.
- LERNER, H., SUGARMAN, A., & BARBOUR, C. G. (1985). Patterns of ego boundary disturbance in neurotic, borderline, and schizophrenic patients. *Psychoanalytic Psychology*, 2, 47-66.
- MAHLER, M. S., PINE, F., & BERGMAN, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- MARMAR, C. R., & HOROWITZ, M. J. (1986). Phenomenological analysis of splitting. *Psychotherapy*, 23, 21-29.
- MASTERSON, J. F., & RINSLEY, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177.
- McGLASHAN, T. H. (1983). The borderline syndrome: 2. Is it a variant of schizophrenia or affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1319-1323.
- McGLASHAN, T. H. (1986). Schizotypal personality disorder: Chestnut Lodge follow-up study: 6. Long-term follow-up perspectives. *Archives of General Psychiatry*, 43, 329-334.
- McGLASHAN, T. H. (1987). Testing DSM-III symptom criteria for schizotypal and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 143-148.
- MEEHL, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- MEISSNER, W. W. (1984). *The borderline spectrum: Differential diagnosis and developmental issues*. New York: Aronson.
- MELITO, R. (1983). Cognitive aspects of splitting and libidinal object constancy. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 31, 515-534.
- MODELL, A. (1963). Primitive object relationships and the predisposition to schizophrenia. *International Journal of Psycho-Analysis*, 44, 282-292.
- PERRY, J. C., & KLERMAN, G. L. (1980). Clinical features of the borderline personality. *American Journal of Psychiatry*, 137, 165-173.
- PIAGET, J. (1954). *The construction of reality in the child* (M. Cook, Trans.). New York: Basic Books. (Original work published 1937)
- POPE, H. G., JONAS, J. M., HUDSON, J. I., COHEN, B. M., & GUNDERSON, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history treatment response, and longterm follow-up study. *Archives of general Psychiatry*, 40, 23-33.

- QUINLAN, D. M., & HARROW, M. (1974). Boundary disturbances in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 83*, 533-541.
- QUINLAN, D. M., HARROW, M., TUCKER, G. J., & CARLSON, K. (1972). Varieties of "disordered" thinking on the Rorschach: Findings in schizophrenic and non-schizophrenic patients. *Journal of Abnormal Psychology, 79*, 47-53.
- RAIFMAN, I. (1984). Diagnostic issues in borderline disorders. *Psychoanalytic Psychology, 1*, 301-318.
- RAPAPORT, D., GILL, M. M., & SCHAFER, R. (1945-1946). *Diagnostic psychological testing* (Vols. 1 y 2). Chicago: Year Book.
- ROBINS, E., & GUZE, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 126*, 983-987.
- SCHMIDBERG, M. (1959). The borderline patient. In S. ARIETI (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol 1, 398-416). New York: Basic Books.
- SHEEHY, M., GOLDSMITH, L., & CHARLES, E. (1980). A comparative study of borderline patients in a psychiatric outpatient clinic. *American Journal of Psychiatry, 137*, 1374-1379.
- SIEVER, L. J., KLAR, H. H., RUNDEN, I. E., MATTES, M., MOSCOVITZ, A., HILT, G., MOHS, R. C. & DAVIS, K. L. (1984). Schizotypal and borderline personality. *New Research Abstracts of the American Psychiatric Association, NR152*.
- SINGER, M. T., (1977). The borderline diagnosis and psychological tests: Review and research. In P. HARTOCOLLIS (Ed.), *Borderline personality disorder: The concept, the syndrome, the patient* (193-212). New York: International Universities Press.
- SINGER, M. T., & LARSON, D. G. (1981). Borderline personality and the Rorschach test. *Archives of General Psychiatry, 38*, 693-698.
- SOLOFF, P. H., & ULRICH, R. F. (1981). Diagnostic interview for borderline patients: A replication study. *Archives of General Psychiatry, 38*, 686-692.
- SPEAR, W. E., & LAPIDUS, L. B. (1981). Qualitative differences in manifest object representations: Implications for a multidimensional model of psychological functioning. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 157-167.
- SPEAR, W. E., & SUGARMAN, A. (1984). Dimensions of internalized object relations in borderline and schizophrenic patients. *Psychoanalytic Psychology, 1*, 113-129.
- SPITZER, R. L., ENDICOTT, J., & GIBBON, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 36*, 17-24.
- TORGERSEN, S. (1984). Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders. A twin study. *Archives of General Psychiatry, 41*, 546-554.
- WERNER, H. (1948). *Comparative psychology of mental development*. New York: International Universities Press.
- WIDINGER, T. A. (1982). Psychological tests and the borderline diagnosis. *Journal of Personality Assessment, 46*, 227-238.
- WILSON, A. (1985). Boundary disturbances in borderline and psychotic states. *Journal of Personality Assessment, 49*, 346-355.
- ZILBOORG, G. (1941). Ambulatory schizophrenias. *Psychiatry, 4*, 149-155.

## NOTAS

1.— Los subtipos de psicopatología borderline que proponemos pueden ayudar a clarificar el diagnóstico borderline del DSM-III que a veces lleva a la confusión. Mientras que el desorden de personalidad borderline anaclítico se parece mucho al síndrome descrito en el diagnóstico DPB del DSM-III, la relación del desorden de personalidad borderline introyectivo y de la borderline esquizofrenia con las categorías del DSM-III es menos clara. El diagnóstico DSM-III del desorden de personalidad esquizotípico (DPE), aunque creado originalmente como sucesor del concepto previo de esquizofrenia borderline (Spitzer, Endicott & Gibbon, 1979), contiene dimensiones relevantes tanto al desorden de personalidad borderline introyectivo como a la borderline

esquizofrenia. En particular, el diagnóstico DPE del DSM-III parece referirse a un desorden de personalidad relativamente estable caracterizado por inestabilidad estable, aislamiento social y anormalidades cognitivo-perceptuales, pero asimismo y lo más importante, por una vulnerabilidad a la desorganización psicótica profunda y a una pérdida esquizoide de interés en las relaciones interpersonales. La literatura que va emergiendo sugiere que los pacientes que sólo cumplen los criterios para el diagnóstico DPE, son muy diferentes de pacientes que cumplen los criterios para ambos, DPE y DPB (ver Baron, Gruen, Åsnis & Lord, 1985; McGlashan, 1986; Siever y *colab.*, 1984). Estos últimos individuos son muy probablemente pacientes que primordialmente sólo tienen síntomas de tipo DPE. Los individuos que sólo cumplen los criterios para DPE son muy probablemente borderline esquizofrénicos. Debido a las ambigüedades del diagnóstico DPE, la diferenciación de la borderline esquizofrenia y el desorden de personalidad borderline introyectivo, puede delinear dos grupos psicopatológicos que pensamos son corrientemente confundidos dentro de esta categoría diagnóstica.

2.— La disociación ("splitting") con su construcción de imágenes exageradas y polarizadas del sí mismo (self) y de otros significativos, también tiene sus orígenes en la constancia evocativa dañada y en el pensamiento confabulatorio (ver Marmor & Horowitz, 1986; Melitto, 1983). Debido a que las estructuras de representación están dañadas, las personalidades borderline funcionan en un nivel de pensamiento sensoriomotor-preoperatorio en el cual el campo psicológico se halla primordialmente enfocado en la satisfacción inmediata de necesidades momentáneas, especialmente en contextos interpersonales inestructurados. Debido al enfoque centrado en el momento inmediato y especialmente en la preservación de vínculos frágiles con otros significativos, estos pacientes construyen el mundo interpersonal primordialmente en términos de atributos polares o extremos, con pocas graduaciones o sutilezas. En otras palabras, en la personalidad borderline un nivel bajo de diferenciación cognitiva en situaciones inestructuradas, subyacen al sentido del sí mismo (self) y de otros como totalmente bueno/s o totalmente malo/s. Sin embargo, en situaciones más estructuradas, no interpersonales y no amenazantes, muchos de estos individuos son capaces de procesos cognitivos más diferenciados.

## Estudio de un grupo de obesos mediante el test de Rorschach

---

Francisco Galan

En este artículo se estudia, mediante el test de Rorschach, una muestra de 177 adultos obesos que seguían un tratamiento ambulatorio para adelgazar y que fracasaban repetidamente en su propósito. Los resultados obtenidos coinciden con lo encontrado por otros autores respecto a la impulsividad, inmadurez afectiva y dificultades perceptivas en casos semejantes. El uso del Rorschach permite una comprensión más integrada y rica de estas características del grupo.

### Introducción

Los casos utilizados en este estudio provienen de dos años de práctica clínica con el Rorschach en una entidad privada dedicada al tratamiento ambulatorio de la obesidad. Se tomaron con ánimo de orientar más adecuadamente a aquellos que presentaban dificultades repetidas en el mantenimiento de las dietas de alimentación que se les prescribía. El objetivo perseguido es el de conocer cual podría ser el funcionamiento más frecuente de los sujetos que componen el grupo.

Intentando sintetizar algo de la literatura al respecto, podrían distinguirse tres características frecuentes en la población obesa. La primera de ellas es su inmadurez y consiguiente conducta impulsiva (Guteseit, 1978; Alumnos, 1979). En segundo lugar una vida afectiva empobrecida (Alumnos, 1979), con dificultades para la expresión modulada de sus emociones en general (Guteseit, 1978) o, más concretamente, en el manejo de la agresión (Aimez *et. al.*, 1973), e inestables (Young y Moore citados por Glucksman y Mayer, 1972). Finalmente presentan dificultades perceptivas por un exceso de peculiaridad (Alumnos, 1979) y subjetivismo (Fredman, citado por Glucksman y Mayer, 1972; Bruch, 1975), incluso referidas a la sensación de hambre (Silverstone, 1974) y a la cantidad de comida ingerida (Gaul, Craighead y Mahoney, 1975; Bruch, 1975).

### Método

Como ya se ha mencionado la muestra está compuesta de sujetos que presentaban problemas para cumplir sus dietas. También tenían, como mínimo, un sobrepeso de 10kgs. por encima de su "peso ideal" y ninguno de ellos era paciente psiquiátrico ni tenía clínica psiquiátrica. De los 177 que componen el grupo, 144 son mujeres y 28 hombres. Todos ellos adultos (mayores de 16 años).



El test de Rorschach se ha trabajado siguiendo el Sistema Comprensivo (Exner, 1978a, 1978b, 1981), y se han usado la Escala de Orientación Dependiente (Schafer, 1954) y la Escala de los Límites de la Imagen Corporal de Fisher y Cleveland (en Aranow y Reznikoff, 1976) para el estudio de este tipo de contenido en el Rorschach.

En el tratamiento estadístico de las variables del Resumen Estructural se ha empleado una medida de frecuencia, debido a que la gran dispersión de las puntuaciones ha hecho desaconsejable el uso de medias y desviaciones estándar ("ocultaban" información). El estadístico empleado ha sido la comparación de una proporción teórica (sacada de Exner 1978a, 1978b, 1981) con una observada (Doménech, 1975) y se ha tenido en cuenta el factor Bajo Número de Respuestas (el 50% dio menos de 17 respuestas por protocolo).

## Discusión

Este apartado se desarrolla siguiendo el esquema de interpretación del Resumen Estructural que ofrece el Sistema Comprensivo (Exner, 1978a, 1978b, 1981). Al final se hace una referencia rápida a los resultados de las escalas de contenido empleadas.

Lo distintivo de este grupo de obesos respecto a los no pacientes es que se encuentran sobrecargados de estímulos (el 52% con D base negativo, el 82% con es>EA) que les impiden emplear sus recursos en la formulación de sus conductas. En consecuencia tenderán a comportarse guiados por sus aspectos menos organizados y, por lo mismo, de forma impulsiva. También se observa que es muy frecuente que esta sobrecarga no sea actual (en el 46% el D ajustado permanece negativo), sino que responda a lagunas madurativas en su desarrollo que no han podido salvar. En este sentido, sus recursos están muy disminuidos (el 43% da  $M < 3$ ; el 70% presenta la Suma Pesada de Color por debajo de 2 puntos) y no presentan estilos de respuestas definidos (77% Ambitendentes). La sobrecarga que soportan se debe, sobretodo, a que son personas muy necesitadas (el 47% da más de 3 FM en sus protocolos) y en un contexto oral agresivo —fantasías voraces peligrosas (significativamente más frecuente — $p < .01$ — la aparición de contenidos Oral Agresivos que Oral Pasivos en la Escala de Orientación Dependiente). Siguiendo a Campo (1979), la frecuencia con que estos sujetos suelen sentirse fuera de control (el 36% da 2 o más m) sería consecuencia de la proyección de estas fantasías que, al experimentarlas como algo ajeno, cobrarían el carácter de amenaza incontrolable que propiciaría la ingesta impulsiva.

Resumiendo, tal como se esperaba, la mayor parte del grupo de obesos se caracteriza por presentar dificultades en el manejo de sus impulsos y de las fantasías más arcaicas e infantiles a ellos asociadas. Esta

situación parece deberse a un deficiente desarrollo madurativo provocado por un estado de frustración permanente y temprano. La amenaza interna que esto supone no les ha permitido alcanzar una organización adecuada. En estas condiciones, un control dietético supone un aumento de tensión difícil de manejar y que, paradójicamente, puede aumentar —de hecho así ocurría en todos ellos— las actuaciones voraces. No eran infrecuentes los episodios nocturnos de semisonambulismo en los que el frigorífico era saqueado, llegando, los casos más graves, a la ingesta de alimentos crudos. Cuando las rupturas de las dietas eran más "controladas", solían aparecer como disculpa comentarios sobre situaciones de postguerra unas veces, otras de experiencias infantiles llenas de privación y penalidades.

La pobreza de recursos frecuente en este grupo de obesos afecta a la actividad ideacional más madura y, parece que en mayor medida, a la vida afectiva. La repercusión de este hecho en la primera se observa en la disminución del pensamiento más sofisticado y reflexivo (el 43% tiene menos de 3M). Además no es infrecuente que el tipo de ideación predominante, la más primitiva y menos organizada (media de  $M=2.08$ ,  $SD=1.7$ ; media de  $FM+m=4.30$ ,  $SD=0.6$ ) tienda a ser refractaria a los cambios y dificulte la comprensión de elementos nuevos que posibiliten una evolución hacia posturas más maduras (el 30% tiene a:p con uno de sus términos tres veces superior al otro:  $a<3p=2\%$ ,  $3a>p=28\%$ ).

Con respecto a la segunda, es más frecuente que en los no pacientes que no respondan al intercambio emocional, evitando las ocasiones que se les presentan (el 44% tiene  $Afr<0.55$ ). Evidentemente esta actitud, por un lado, les permite disminuir la frecuencia de experiencias afectivas originadas en la relación con su medio, y por otro, les protege de la manifestación —si es que la hacen (el 72% da menos de 3 respuestas de Color Cromático por protocolo)—, poco modulada de sus emociones (el 53% no consigue que FC sea siquiera un punto superior a la suma de  $CF+C$ ). Sin embargo, semejante "cerrojazo" les imposibilita un conocimiento real de los estímulos afectivos a los que se ven sometidos y propicia que su impacto invada toda su actividad psicológica.

Esta actitud está reforzada por la tendencia a reducir en exceso la complejidad estimular (el 47% tiene una  $\Lambda$  superior a 1.00) y, por tanto, al aumento de la disociación, y por la tendencia a encerrarse sobre sí mismos y a desarrollar un esquema de valores que gravite sobre sus propias necesidades (el 44% da un  $3r+(2)/R$  por encima de 0.40).

No parece que experimenten más sufrimiento que el esperable en un adulto no paciente o que inhiban este tipo de afectos en términos generales (Suma de Claroscuro dentro de los límites usuales en no pacientes). Sin embargo es muy frecuente que ni esperen ni expresen calidez en su relación (en este sentido sí que aparece una inhibición,  $T=0$  en el 63% de la muestra).

Es posible que estas características del funcionamiento afectivo del

grupo se hayan consolidado tempranamente en su vida sin un posterior desarrollo. En este sentido se sabe (Exner, 1981) que la variable Afr es muy resistente a los cambios del individuo (conforma un estilo de respuesta) y que queda muy pronto establecida cronológicamente (diferencia consistentemente a niños con problemas de conducta —Afr elevada— de niños retraídos —Afr bajo—). También que las respuestas de CF y C son de aparición temprana y las de FC tardía, marcando su presencia un mayor grado de maduración (la cantidad de CF y C del grupo es tan baja como la esperable en no pacientes, en cambio FC<3 aparece en el 93% y FC=0 en el 52%). Podría pues, formularse como hipótesis que en este grupo, la pronta aparición y consolidación de un estilo retraído y evitativo de toda estimulación afectiva externa, a causa de experiencias de privación reales o fantaseadas que aumentaron sus necesidades, no les permitió la maduración emocional esperable y, más concretamente, la adquisición de la capacidad de modular la expresión de sus sentimientos, organizar su descarga como recurso y esperar y expresar calidez en sus relaciones. Dicho de otro modo, el retraimiento funcionó como una defensa establecida tempranamente para lograr una forma de controlar/manejar la afectividad ligada a los impulsos primitivos.

Las dificultades emocionales eran otra de las características esperables. A las dificultades de organización interna y a la pobreza de recursos afectivos e ideacionales, este grupo de obesos añade frecuentes problemas perceptivos y un pensamiento algo inmaduro. A excepción de las situaciones claramente convencionales (media de populares = 5.36, SD=1.5), tienen dificultad para percibir la realidad tal como lo hacen los adultos no pacientes (el 58 % tienen un  $X+\% < 0.70$ ), y la distorsionan gravemente con una frecuencia tres veces superior; sin embargo no es tan alta como en los psicóticos (las respuestas de FQx menos constituyen el 13 % del total). Además, si bien los datos no son muy concluyentes, hay indicios de que pensamiento y razonamiento suele permanecer pegado a los elementos concretos de los estímulos perceptivos, fracasando en un análisis más discriminativo (el 22 % de más de dos DV y más de dos INCOM en sus protocolos, el 11 % más de dos FABCOM), lo que hablaría de ciertas dificultades en el ejercicio del juicio crítico. También las dificultades perceptivas era otra característica esperable.

El estilo cognitivo que se aprecia en el grupo les muestra capaces de inspeccionar suficientemente los diferentes estímulos de la realidad circundante y de obtener una información completa de ella (el 62 % da una Zf esperable al igual que el 69 % lo hace con la Zd). Sin embargo, para hacerlo suelen emplear un enfoque que, lejos de respetar los términos en que se presenta, la reduce arbitrariamente (el 47 % presentan 3 o más Dd en sus protocolos) y suele centrarse con frecuencia en aspectos contrarios a lo que generalmente se considera (el 45 % presenta 2 o más S en sus protocolos).

Esta "preferencia" podría responder a la necesidad de dar salida a la sobrecarga bajo la que viven y a sus sentimientos de rabia, por lo que se puede entender como un negativismo larvado terco e infantil.

Respecto a los intereses del grupo, parece que son capaces de ocuparse de la variedad de aspectos que su medio les ofrece (el 81 % daba entre 4 y 12 Contenidos distintos), sin embargo, se centran, sobre todo, en lo más rutinario y estereotipado (el 72 % daba un  $A \% > 47 \%$ ), desatendiendo especialmente lo relacionado con lo humano (el 68 % dieron  $H+Hd < 4$ ).

Se tuvo especial interés, obviamente, en el estudio de los contenidos Anatómicos (An) y de Comida (Fd). El 47 % del grupo dio, al menos, una respuesta de An en su protocolo y el 17 % dio una Fd por lo menos. Siguiendo la hipótesis interpretativa de Exner (1978b) tan solo menos de la mitad del grupo emplearía la preocupación corporal (An) como expresión directa de sus afectos, lo cual no encaja mucho con las características del grupo. Campo y Jachevsky (1981a, 1981b), que estudiaron más detalladamente el tema de la ausencia de respuestas An en niños que consultaban por problemas corporales, sostienen que ello se debe a un reforzamiento de la disociación mediante ciertas características de la personalidad, tales como un mayor empobrecimiento, un pensamiento más estereotipado e inmaduro, mayor egocentrismo y más inhibición emocional. Dicen: "Para estos sujetos el cuerpo es el único vehículo de expresión al que todavía tienen acceso para manifestar disociadamente y desplazadamente la ansiedad o el conflicto en cuestión". La diferencia con los que sí dan respuestas anatómicas estaría en que, en estos últimos, la disociación se resquebraja y, junto con la llegada del cuerpo a la escena mental, también hacen su aparición, aunque sea tímidamente, los afectos.

Se pensó que algo similar podría estar ocurriendo en el grupo de obesos, y no sólo con las respuestas anatómicas, sino, salvando las distancias, también con las de comida. Para comprobarlo se sacaron cuatro subgrupos del total de obesos. Se distribuyeron según la ausencia o presencia de contenidos anatómicos ( $An > 1$ ) y de comida ( $Fd > 0$ ). Es decir, el primer grupo estaba constituido por individuos que daban respuestas An y Fd en sus protocolos. Como el total de cada subgrupo era pequeño ( $N=9$ ) ya que sólo el 19 % daba Fd, se volvió a sacar dos subgrupos para el estudio de los que dieron respuesta An frente a los que no la dieron. En las dos ocasiones los grupos se hicieron equivalentes y se equilibraron al azar, manteniendo controlado el sexo, la edad, el estado civil y la inteligencia (Test de Matrices Progresivas, Escala General, de J. C. Raven, revisión de 1956). Los resultados confirmaron las hipótesis de las autoras, mostrando un reforzamiento de la disociación el subgrupo de los que no daban ni Fd ni An, o de los que no daban An, y siguiendo las características que ellas apuntan. Comparativamente, los que dieron Fd se distinguen de los que dieron An en que son más productivos (R elevado), con mayor sentimiento de fragilidad

(más contenidos de Penetración), peor contacto con la realidad (el X+% más bajo), más indefensos (aumento de respuestas Y), con mayor malestar (aumento de la Suma de Claroscuro) y, obviamente, con más fantasías orales pasivas (aumento de respuestas oral pasiva).

Comparando los que dieron An con los que no, los primeros aparecen con mayor productividad (R elevado), menos estereotipia del pensamiento (A % más bajo), menos egocéntricos (índice de Egocentrismo más bajo), con más necesidad de cercanía afectiva (aumento de las respuestas T) y con mayor sentimiento de fragilidad (más contenido de Penetración). En resumen, la ausencia de respuestas An y Fd en el grupo parece explicarse por un empleo más disociado del cuerpo y la comida como vías de expresión de afectos o conflictos. A la inversa, la presencia de respuestas An y Fd implica un mayor grado de conciencia de ellos junto con más sentimientos de fragilidad.

La presencia de respuestas de comida se ha mostrado como un factor determinante del aumento de malestar interno —creado por ansiedad y sentimientos de indefensión— en los sujetos que las dieron. Ello parecería apoyar la observación a nivel de conducta del uso de la comida como ansiolítico. De igual modo, el hecho de que los sujetos que daban respuestas anatómicas se diferenciaron de los que no las daban en un aumento de la necesidad de cercanía afectiva, podría mostrar qué tipo de cuidados, entre otros, pueden estar actuados en la obesidad de estos pacientes. Comparativamente, los que dieron respuestas de comida se mostraron menos disociados que los que dieron respuestas An.

Finalmente, la similitud de resultados respecto a los obtenidos por las autoras citadas, plantea el posible carácter psicossomático de la obesidad o, al menos, que estos pacientes se conducen frente a sus síntomas de igual modo que los niños que consultaban por problemas psicossomáticos.

Los resultados obtenidos en el empleo de escalas de contenidos auxiliares fueron los siguientes: Respecto a la frecuencia con que aparecen respuestas oral receptivas (el 4 % del total de respuestas) y oral agresivas (el 10 %), estas últimas son significativamente más abundantes ( $p < 0.01$ ). Es decir, que el grupo de obesos se encuentra preocupado por las connotaciones oral agresivas de sus imágenes y, en cuanto representan una muestra de como acostumbran a considerar su mundo, por los elementos hostiles que perciben en él. Esta visión peligrosa podría ser el resultado de la proyección de sus fantasías voraces que se reflejarían, a nivel perceptivo cognitivo, en el rabioso desmenuzamiento con que suelen tratar la realidad, en un intento por controlar más obsesivamente la amenaza real.

Los porcentajes encontrados en la Escala Barrera (9 % del total) y en la Escala de Penetración (11 %), no muestran diferencia alguna. Es decir, que tan frecuente es que aparezcan indicios de fortaleza corporal (que es

lo que pretende medir la Escala Barrera) como que no (sería lo que reflejaría la Escala de Penetración). El no disponer de grupo control no ha permitido ir más allá en el análisis de estas escalas. De todos modos, su utilidad ha resultado, cuando menos, dudosa y la categorización de sus ítems poco clara. Draguns, Haley y Phillips (1967a, 1967b) se pronuncian en ese mismo sentido cuando, al hablar en términos generales de las distintas escalas de contenidos adicionales, dicen que "no existen estudios sistemáticos que justifiquen las subdivisiones ni el significado simbólico de los contenidos" y que "las pruebas que se tienen sobre la relación en constelaciones de los diferentes contenidos y sobre el desarrollo y validez de las escalas, ni son discriminadoras, ni parecen tener relación con los respectivos referentes de la vida real". También Aranow y Reznikoff (1976), al hablar de la Escala de Penetración, insisten en que presenta importantes problemas de validez, si bien valoran mucho más la Escala de Barrera. De cualquier modo unos y otros reconocen que la Escala de Fisher y Cleveland es un buen modelo para el estudio de las condiciones psicósomáticas, y que las escalas de Schafer habían resultado ser las que conseguían mayor fiabilidad entre jueces de todas las conocidas hasta entonces.

## Conclusiones

El grupo estudiado presenta una marcada dificultad con el manejo de los impulsos y las fantasías más arcaicas a ellos asociadas, una vida afectiva pobre y retraída, regida por la disociación y la depositación corporal de las emociones, y un contacto deficiente y bastante distorsionado con la realidad. Estas características coinciden con las observadas por otros autores.

Otros aspectos complementarios a los anteriores y también observados como frecuentes en el grupo son: una gran vulnerabilidad a las situaciones de tensión y frustración, un acusado empobrecimiento de la actividad ideacional madura, un estilo perceptivo-cognitivo frecuentemente dirigido por una terquedad negativista infantil y larvada, ciertas dificultades con la autoestima que oscila entre la desvalorización y el egocentrismo (más frecuente este último), y un pensamiento infantil y estereotipado.

Parece razonable especular con el origen temprano de estas características. El retraimiento afectivo observado podría haber aparecido y haberse consolidado muy pronto en la vida de estos sujetos, funcionando como una defensa tendente a conseguir el control y manejo de los afectos ligados a los impulsos primitivos. Estos se habrían vuelto especialmente amenazantes por una experiencia temprana de frustración, real o fantaseada, que no ha podido ser corregida por experiencias posteriores y ha permanecido activa a lo largo de sus vidas. A consecuencia de ello, el desarrollo madurativo ha sido deficitario y pobre. En algunos casos, los más

abundantes en esta muestra, esta situación convive con un reforzamiento de los mecanismos disociativos a través de un pensamiento más estereotipado e inmaduro, un egocentrismo más acusado y mayor inhibición. En otros, los menos, se aprecia una organización menos disociada que les permitiría contactar con aspectos depresivos.

## BIBLIOGRAFIA

- AIMEZ, P.; GUY-GRAND, B.; LE BARZIC, M. (1973). Le comportement de l'obese. En HAZARD, J. *Problemes actuels d'endocrinologie*. Paris: Massons et Cie.
- ALUMNOS 2.º curso de Rorschach. (1979). *El Rorschach en obesos con dificultades en el tratamiento dietético*. VII Simposium Nacional de la Sociedad del Rorschach. Barcelona.
- ARANOW, E.; REZNIKOFF, N. (1976). *Rorschach content interpretation*. New York: Grune and Stratton.
- BRUCH, H. (1975). *Les veux et le ventre*. Traducción francesa. Paris: Payot.
- CAMPO, V. (1979). Un estudio clínico de las respuestas de movimiento inanimado en el Rorschach en relación con la ansiedad persecutoria. *British Journal of Projective Psychology and Personality Study*. Vol 24, n.º 1 y 2. Londres.
- CAMPO, V.; JACHEVASKY, (1981). L. *Respuestas anatómicas y disociación*. VIII Simposium Nacional de la Sociedad del Rorschach. Valencia.
- CAMPO, V.; JACHEVASKY, L. (1981). *Children's Bodies: On the Meaning of the Absence of Anatomy Responses in Children with Bodily Manifestations*. The X International Rorschach Congress. Washington.
- DOMENECH, J. H. (1975) *Métodos estadísticos para la investigación en ciencias humanas*. Barcelona: Editorial Herder.
- DRAGUNS, J. G.; HALEY, E. M.; PHILLIPS, M. (1967). Studies of Rorschach Content: A Review of the Research Literature. Part. 1: Traditional Content Categories. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*. 31 (1), 3-32.
- DRAGUNS, J. G.; HALEY, E. M.; PHILLIPS, L. (1967). Studies of Rorschach Content: A review of the Research Literature. Part 2: Non-Traditional Content Categories. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*. 31(2), 3-38.
- EXNER, J. E. (1978). *Sistema comprensivo del Rorschach. Tomo I*. Traducción española. Madrid: Pablo del Río, Editor, S. A.
- EXNER, J. E. (1978). *Sistema comprensivo del Rorschach. Tomo II*. Traducción española. Madrid: Pablo del Río Editor, S. A.
- RAUL, D. G.; CRAIGHEAD, E.; MAHONEY, M. J. (1975). Relationship between eating rates and obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 43(2), 123-125.
- GLUCKSMAN, M. L.; MAYER, J. (1972). Psychiatric Observations on Obesity. *Adv. Psychosom. Med.* Karger-Basel. Vol. 7, 194-216.
- GUTSEIT, G. (1978). *Aspectos diferenciales del Rorschach. Psicodiagnóstico en adolescentes anoréxicos y obesos*. IX Congreso Internacional de Rorschach. Fribourg.
- RAVEN, J. C. (1973). *Test de Matrices Progresivas para la Medida de la Capacidad Intelectual. Escala General*. 8.ª edición. Traducción española. Buenos Aires: Paidós.
- SCHAFER, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach Testing. Theory and Application*. New York: Grune and Stratton.
- SILVERSTONE, J. T. (1974). Aspectos psicológicos y sociales de la obesidad. *British Journal of Hospital Medicine*. Traducción española. Enero 52-58.

# **Respuestas populares al test de Rorschach en población española. Muestra de Barcelona**

---

Lourdes Larraz y Andreu Valero

Nuestra investigación tiene por objeto estudiar las respuestas populares que aparecen en una muestra de población de Barcelona, manteniendo la frecuencia de aparición más utilizada por los diferentes autores, es decir, respuestas que aparezcan en uno de cada tres protocolos.

Un segundo paso va a consistir en comparar nuestros resultados con los que ofrece Exner (1984) en su última lista (población norteamericana) y los de Concepción Sendín (población de Madrid), y ver si existen diferencias significativas.

Adicionalmente haremos algunas consideraciones sobre otros fenómenos que se pueden observar paralelamente a nuestra investigación principal.

## **Características de las respuestas populares**

Siendo que el test de Rorschach ofrece unos estímulos ambiguos, sorprende comprobar como las respuestas a alguno de estos estímulos coinciden en un alto porcentaje. Ello puede ser debido a las características del estímulo en sí y al entorno sociocultural de los sujetos.

Estas respuestas se caracterizan por ser simples, poco elaboradas, con fijación en lo obvio de la mancha y acordes al modo de reacción habitual del grupo social al que pertenecen, suponiendo por tanto, una adaptación a lo convencional, sin grandes esfuerzos creativos. Este tipo de respuestas han recibido diferentes denominaciones: vulgares, banales, populares...

Hermann Rorschach no las consideró en su obra de 1921, si bien, en su artículo póstumo de 1923, llamó la atención sobre aquellas respuestas Populares que aparecen por lo menos en uno de cada tres protocolos.

Todos los sistematizadores posteriores han incluido la categoría de "popular" coincidiendo en la interpretación o valor sintomático de las mismas. No obstante, entre los diferentes autores hay discrepancias en cuanto al criterio de frecuencia para considerarlas como tales, por ello el número de Populares varía considerablemente de un autor a otro, oscilando entre las veintidós Populares del inglés Mons (1950) y las ocho populares de Aust y García (1981) en Argentina.

Para mayor conocimiento de la consideración de que han sido objeto las respuestas Populares en diferentes países y por diferentes autores, nos remitimos al trabajo de Vera Campo (1984) presentado en la Universidad de Barcelona.



J. Exner (1974) basándose en los principales sistematizadores propone un "Sistema Comprensivo de Rorschach" en el cual aparecen trece respuestas Populares. En su revisión de 1984 la variante Popular ha experimentado un cambio cuantitativo, manteniendo la frecuencia (uno de cada tres protocolos), reduciendo el número de Populares a diez y modificando el contenido "popular" en las L. IV y IX. La lista, pues, queda como se refleja en el cuadro número 1.

**CUADRO N.º 1**

LÁMINA	LOCALIZACIÓN	CONTENIDO
I	W	Murciélago o mariposa
II	D1	Animal, identificado específicamente como oso, perro, elefante o cordero
III	D9	Figura humana o su representación
IV	W o D7	Figura humana o parahumana
V	W	Murciélago o mariposa
VI	W o D1	Piel de animal, cuero, alfombra o pellejo
VII	D1 o D9	Cabeza o cara humana, identificadas específicamente como femeninas, infantiles o de indios, o no identificadas
VIII	D1	Figura animal completa, normalmente canina, felina o de roedor
IX	D3	Figura humana o parahumana
X	D1	Cangrejo o araña.

En 1981 C. Sendín en su investigación sobre las "Respuestas Populares al test de Rorschach en sujetos españoles", obtiene una nueva lista de populares de acuerdo con su muestra de 220 sujetos No-Pacientes, voluntarios de la población de Madrid. Lista que se ofrece en el cuadro número 2.

**CUADRO N.º 2**

LÁMINA	LOCALIZACIÓN	CONTENIDO
I	W	Murciélago o mariposa
II	D6 (a menudo W)	Animales, (sobre todo osos, perros o conejos)
III	D1	Figuras humanas (usualmente en movimiento)
IV	W	Piel de animal o gigante o monstruo peludo. Gigante o monstruo sin referencia al pelo
V	W	Murciélago o mariposa
VI	W o D1	Piel de animal
VII	D1	Caras humanas
VIII	D1 (a menudo W)	Animales (usualmente en movimiento)
IX		NINGUNA
X	D1	Arañas o cangrejos

## **Muestra**

Se tomaron 200 protocolos (100 hombres y 100 mujeres) "normales", procedentes del fondo de protocolos de la Sociedad de Rorschach de Barcelona, de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años. Todos ellos se habían prestado como voluntarios para que les fuera administrada la prueba por estudiantes de la técnica, entre los años 1978 y 1985. Se excluyeron aquellos protocolos que por algún motivo hacían pensar que pudiera tratarse de sujetos que acudían a consulta. Igualmente se descartaron los protocolos de menos de diez respuestas. De aquellas láminas en que aparecían más de cinco respuestas, sólo fueron tenidas en cuenta las cinco primeras.

El hecho de que los protocolos hubieran sido administrados por estudiantes, con las consecuentes deficiencias que pudieran tener, creemos que no afecta a nuestra investigación ya que está basada en el contenido y la localización, aspectos ambos que no ofrecen la dificultad que presentan otras variables como pueden ser los determinantes.

El cuadro n.º 3 ofrece la distribución de la muestra atendiendo a edades y sexo.

Se trata de una muestra de población joven, ya que el 78,5 % tienen edades comprendidas entre los 18 y los 32 años, con una media de edad de 28 años.

## **Metodología**

Se hizo un recuento de todas las respuestas que se daban en cada W, WS, D, Dd y DS de cada lámina para determinar la frecuencia de aparición. En un cuadro de doble entrada se tabularon todas las respuestas Populares según la última lista de Exner o aquellas que hubiesen aparecido con una frecuencia de uno de cada tres protocolos. El siguiente paso consistió en sumar las respuestas Populares (según Exner) que daba cada sujeto y aquellas otras respuestas (si las hubiera) que alcanzaran la frecuencia antes mencionada. Se hallaron las medias ( $\bar{x}$ ) y las desviaciones tipo (D.T.) de las respuestas Populares, tanto según la lista que proporciona Exner como de la lista que se deriva de nuestro estudio. Se procedió a la comparación de medias de nuestra muestra con la media ofrecida por Exner y Sendín para ver si existían diferencias estadísticamente significativas. Se hicieron los recuentos necesarios para mostrar las consideraciones que se ofrecen adicionalmente.

## **Resultados**

La lista de respuestas Populares propuesta por J. Exner en 1984 obtiene en nuestra muestra (N=200), de características ya reseñadas, los

**CUADRO N.º 3**

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJES
18-22	31	31	62	31 %
23-27	30	26	56	28 %
28-32	20	19	39	19,5 %
33-37	6	8	14	7 %
38-42	2	5	7	3,5 %
43-47	6	4	10	5 %
48-52	2	3	5	2,5 %
53-57	2	3	5	2,5 %
58-65	1	1	2	1 %
TOTALES	100	100	200	100 %

**CUADRO N.º 4**

LÁMINA	LOCALIZ.	CONTENIDO	% BARNA	% MADRID
I	W	Murciélago o mariposa	52,5	52
II	D1 o D6	Animales (osos, perros, elefantes o corderos)	27,5	39
		Animales, sobre todo osos perros o conejos		
III	D1 o D9	Figuras humanas	90	87
IV	W o D7	Piel de animal, gigante o monstruo peludo	(26,5)	33
		Figura humana o parahumana	40	38
V	W	Murciélago o mariposa	86,5	94
VI	W o D1	Piel de animal	60,5	54
VII	D1 o D9	Caras humanas	41,5	43
VIII	D1	Animales	93,5	97
IX	D3	Figura humana o parahumana	17	16
X	D1	Arañas o cangrejos	35	43

**CUADRO N.º 5**

SUJETOS VOLUNTARIOS : (N=200)		
LÁMINA	LOCALIZ.	CONTENIDO
I	W	Murciélago o mariposa
II		NINGUNA
III	D1 o D9	Figuras humanas o su representación (usualmente en movimiento)
IV	W o D7	Figuras humanas o parahumanas (gigante, monstruo, criaturas de ciencia ficción)
V	W	Murciélago o mariposa
VI	W o D1	Piel de animal, alfombra o pellejo
VII	D1 o D9	Cabezas o caras humanas (femeninas, infantiles, indios o no identificadas)
VIII	D1 (a menudo W)	Figura animal completa ("osos", felinos, roedores o caninos, usualmente en movimiento)
IX		NINGUNA
X	D1	Arañas o cangrejos

Los estadísticos de tendencia central y de dispersión son los siguientes :  $\bar{x}=5,02$  · D.T. = 1,39

porcentajes que se indican en el cuadro n.º 4. En el extremo derecho se han transcrito los porcentajes obtenidos en Madrid para mayor facilidad en la comprensión.

El cuadro n.º 5 refleja la lista de Populares que se deriva de nuestra investigación. De los datos reflejados en el cuadro n.º 4 se deduce que las respuestas a las láminas II y IX no alcanzan la frecuencia requerida para ser consideradas Populares. Ninguna otra respuesta ha alcanzado la frecuencia suficiente para ser Popular.

Aquellas respuestas que han alcanzado una mayor frecuencia sin ser Populares son las siguientes:

L. I	D4	"Figura humana"	8,5 %
		"Escarabajo"	9 %
L. II	D3	"Mariposa"	15 %
L. III	D3	"Mariposa"	25 %
		"Pajarita o lazo"	7 %
L. IV	W o D7	"Piel de animal o grandes animales peludos"	26,5 %
L. VII	Dd22	"Figuras humanas enteras, mujeres. indios o niños"	21 %
		<i>con Dd 23 como faldas o parte del cuerpo.</i>	
		<i>(generalmente como bailarinas o bailaoras)</i>	
L. IX	D3	"Figuras humanas o parahumanas"	17 %
	W	"Volcán en erupción, explosión..."	11,5 %
L. X	D11	"Contenidos diversos, insectos, bichos, monstruos... El 55 % de ellos en <i>movimiento</i>	

Con respecto a la lista de Exner (1984) se observan las siguientes diferencias:

- Los contenidos de las L. II y IX no alcanzan en nuestra muestra la frecuencia requerida para ser consideradas Populares.
- Exner ofrece unos estadísticos esperables de :  
 $x = 6,66$  y una D.T. =  $1,66$ .  
 Comparando este medio con la muestra ( $x = 5,02$  y D.T. =  $1,39$ ) según la prueba de comparación de medias en grupos con datos independientes y muestras grandes, obtenemos:  
 $z = 13,81$
- Para compararlos con los datos de Sendín, se aplicó la misma prueba obteniendo un resultado de:  
 $z = 4,53$ .

*Por tanto, ambas diferencias son estadísticamente significativas.*

Estas respuestas Populares coinciden casi totalmente con las de Aust y García (1981) basadas en un estudio realizado en la ciudad de

Buenos Aires, siendo su muestra cuantitativamente igual a la nuestra (100 hombres y 100 mujeres) y diferente en cuanto que ellas utilizaron protocolos de sujetos que acudían a consulta privada, de nivel socioeconómico medio y nivel de instrucción de BUP y universitario. La única divergencia se encuentra en el contenido de la L. IV "piel de animal o grandes animales peludos", que para ellas adquiere la categoría de Popular.

De la tabulación de los datos para la investigación hasta aquí

**CUADRO N.º 6**

I.	LOC.	CONTENIDO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
I	W	Mariposa	25	21	46
		Murciélago	26	33	59
V	W	Mariposa	42	34	76
		Murciélago	43	54	97
III	D1 o D9	Mujeres	46	42	88
		Hombres	22	26	48
		Personas	22	22	44

mencionada, se extrae el cuadro n.º 6, que relaciona el sexo del sujeto con el contenido "masculino" (murciélago) o "femenino" (mariposa) en los L. I y V y el contenido hombres-mujeres en la L. III.

En la L. I no se observa preferencia por uno u otro contenido en los sujetos varones. Las mujeres muestran una ligera tendencia a dar el contenido murciélago ("masculino"). Esta misma tendencia se observa de manera más acusada en la L. V, en la cual los varones tampoco muestran ningún tipo de tendencia. En la L. III hay una clara tendencia a dar "mujeres", tanto en sujetos de uno como de otro sexo. Se observa que la respuesta "animal" en el D1 de la L. VIII (sólo o incluido en W) es la respuesta más frecuente de toda la prueba. En dicha respuesta el contenido que aparece con más frecuencia (con amplia diferencia sobre los demás) es "osos", seguido de felinos, roedores, caninos, no especificados (pero bien descritos) y otros, por este orden.

Finalmente llamamos la atención sobre el siguiente dato:

En la L. VII en posición normal, en el Dd22 se han registrado 43 respuestas de "figuras humanas", generalmente bailarinas, niñas... en las cuales el Dd23 es visto como faldas o parte del cuerpo. Este contenido está considerado en las listas de Exner con un nivel normal "u". Nos preguntamos si un contenido que aparece con una frecuencia del 21,5 % no debería ser considerado con calidad formal "o".

## Conclusiones

1.— Los contenidos "oso, perro, elefante o cordero, cabeza o figura animal completa", en el D1 de la L. II, y el contenido "figura humana o parahumana" en el D3 de la L. IX, no alcanzan la frecuencia requerida para ser considerados Populares, si bien es frecuente la utilización de dichas áreas con los mencionados contenidos.

2.— La lista de respuestas Populares para la población de Barcelona quedaría reducida a ocho, tal como se especifica en el cuadro n.º 5.

3.— Esta lista tiene un  $\bar{x} = 5,02$  Populares por sujeto y una D. T. = 1,39. Por tanto el número de respuestas Populares esperables en sujetos de Barcelona, oscilaría entre 4,5 y 6,5 respuestas.

4.— Comparando esta media con la que ofrece Exner, aparece una diferencia estadísticamente significativa, por tanto la población española da menos populares que la población norteamericana. En esta misma línea están los estudios de Sendín (Madrid, 1981) y Aust y García (Buenos Aires, 1981).

5.— Respecto a la investigación de Sendín, cabe señalar cuatro aspectos:  
a) Se da un paralelismo en cuanto a la frecuencia de aparición de las respuestas Populares.

b) Mientras para Sendín el contenido "animales" (sobre todo osos, perros o conejos) es popular en la L. II, en nuestro estudio no aparece así, aún habiendo utilizado un criterio más amplio en cuanto a la variedad de contenidos (osos, perros, elefantes o corderos, cabeza o figura animal completa).

c) El contenido "piel de animal" de la L. IV (ya excluido de la lista de Exner) alcanza en Madrid justo el mínimo (33 %) para ser popular, mientras que en nuestra muestra no lo alcanza.

d) Comparando ambas medias aparece una diferencia estadísticamente significativa, imputable al hecho de que en nuestro estudio aparece una popular menos (L. II).

6.— La lista que proponemos coincide con la de Aust y García (1981), exceptuando la L. IV ("piel de animal o grandes animales peludos") que es popular para la población argentina y no lo es para la de Barcelona. No obstante su muestra es cualitativamente diferente, por lo que se puede apuntar lo siguiente:

7.— El nivel de instrucción (estudios realizados) no parece ser una variable que influya en el hecho de dar respuestas populares.

8.— No ha aparecido ninguna otra respuesta con la frecuencia requerida para ser considerada popular.

9.— De acuerdo con Sendín, los sujetos españoles parecen menos convencionales que los norteamericanos, no obstante, ello no puede

deducirse del solo estudio de la variable popular, pues esto no debe entenderse como un dato aislado, sino que ha de considerarse en un contexto y en interrelación con otros datos del test (DQ, F+%, X+%, R, Zd).

10.— En las L. I y V es más frecuente el contenido "murciélago" que "mariposa", con una tendencia ligeramente mayor por parte de las mujeres. En la L. III el contenido "mujeres" es más frecuente que el contenido "hombres", en sujetos de uno u otro sexo.

11.— Para la interpretación de la "identidad" desde el punto de vista simbólico habrá que tener en cuenta que no se da una relación directa entre el sexo del sujeto y el contenido "masculino o femenino" de la respuesta. En todo caso se tendrá que relacionar con otros datos de la prueba para poder hablar de la identidad del sujeto.

#### NOTAS

1.— Respecto a la conclusión 5 b, podría especularse con la influencia que pudiera tener el hecho de que el escudo de Madrid tenga un oso en una posición similar a la que aparece en el D1 de la L. II.

2.— En cuanto a la conclusión 6, la diferencia podría ser debida a que la población argentina está mucho más en contacto con animales, pieles, cueros, pellejos, etc., como objetos decorativos o de uso cotidiano.

#### BIBLIOGRAFIA

CAMPO, V. (1984). *Cultura y Rorschach. Las respuestas populares (P)*. Trabajo presentado en curso de doctorado Universidad de Barcelona.

EXNER, J. (1984). *Sistema comprensivo de Rorschach. Tomo I. Primera edición*. Madrid: Pablo del Río, editor.

EXNER J. (1985). *Un manual para el sistema comprensivo de J. Exner*. Primera edición española. Publicado por la Delegación de Cataluña de la Sdad. Esp. de R. y Met. Proyectivos, Barcelona,

SENDIN, C. (1981). *Respuestas populares al test de Rorschach en sujetos españoles*. Trabajo presentado al X Congreso de Rorschach, Washington.

---

Dirección: Conde Borrell, 234, 7.º 1.ª. 08029 Barcelona (L. Larraz)  
P.º Carlos I, 142-146, 5.º 3.ª. 08013 Barcelona (A! Valero)

## **Aspectos estructurales que muestran un grupo de personalidades cuyo rol laboral y social es el mando o responsabilidad última**

---

Montserrat Ros

Se presenta un estudio comparativo con el Rorschach de 11 oficiales de la marina de guerra española que sirven en submarinos como comandantes o en situación de llegar a comandante y de 11 altos ejecutivos de empresas vistos en una selección de personal porque aspiraban a un lugar de mayor responsabilidad. El estudio se centra en su percepción personal, percepción interpersonal, estilo de manejo preferido (Cuadrilátero), ideación, procesamiento cognitivo, capacidad de controlar el stress, rasgos afectivos y tácticas defensivas especiales. Todo ello vinculado a su situación de "mando".

Hemos realizado un estudio a través del test de Rorschach de 11 oficiales de la Marina de Guerra Española, que sirven en Submarinos (voluntariamente). Algunos han sido Comandantes de Submarino, otros van navegando como Oficiales (al mando del Comandante) pero en situación de llegar a hacerse cargo del mando, sea por designación o por una emergencia durante la travesía.

Elegimos un grupo de control de 11 ejecutivos, personas que se presentaron voluntariamente a selección para ascender todavía más en su rango (1). A los primeros se les solicitó su colaboración para este trabajo a través del Ministerio de la Marina de Guerra. La selección fue hecha al azar, según estuvieron disponibles para acudir a la prueba, o sea que coincidiera con sus vacaciones en tierra.

### **Planteamiento**

Las personas que integran el grupo de Submarinistas, de algún modo son únicas. Distintos de la gran mayoría, por la elección del espacio vital, el submarino, y por el supuesto tipo de trabajo a realizar: Marina de Guerra. Lo eligen voluntariamente: vocacional y el tope de edad es de 45 años.

---

(1) Estos protocolos fueron tomados por otro psicólogo.



Nos hemos preguntado qué especiales características psicológicas deben tener unas personas que deciden libremente encerrarse en un lugar corto y estrecho, asfixiante por falta de espacio interior y sin espacio posible exterior para salir (¿profundidades marinas?). Para poder confeccionar nuestro retrato robot, tendremos en cuenta de acuerdo con el sistema comprensivo de Exner:

- a) Percepción personal e interpersonal.
- b) Proceso cognitivo y clase de ideación.
- c) Rasgos afectivos.
- d) Adaptación a la realidad objetiva y técnicas defensivas predominantes.
- e) Ansiedades.
- f) Capacidad para controlar el stress.

A la vista de los resultados, describimos a estas personas (los submarinistas) relacionándolas con su medio (el submarino) y sus objetivos profesionales. Finalmente estableceremos una relación entre los dos grupos estudiados, subrayando previamente lo que ambos tienen en común.

### **Afinidades entre los dos grupos**

Ambos tienen que ejecutar órdenes, a veces provenientes de un eslabón superior, otras, la decisión debe ser tomada directa y personalmente. Su objetivo es la lucha. Los submarinistas frente al mar y objetos contenedores: submarinos y barcos. Los ejecutivos: otra empresa y/u otro rival que puede desplazarles <sup>(2)</sup>. En ambos grupos está el deseo y meta de ser diferente, único, alguien que va a ser visto, oído y tenido en cuenta de manera especial. Pertenecen a una clase diferenciada.

### **Divergencias**

El espacio vital es diametralmente opuesto. Los submarinistas viven "uno encima del otro", sin posibilidad de escapar. La preocupación por el otro se convierte en fundamental. De algún modo se depende del otro. Las ansiedades persecutorias y de muerte son obvias, considerando el entorno y la misión.

Los ejecutivos están al servicio de una filosofía de ventas o marketing, en donde lo más abstracto, numérico e impersonal, tiene un lugar destaca-

---

(2) En común la agresividad. En los submarinistas el deseo de mando está presente. Mando sobre hombres y sobre los elementos: el mar. En los ejecutivos la busca del poder: poder económico, social, prestigio intelectual, estratégico, etcétera. En esta afinidad hay matices importantes. El mando y el poder no son sinónimos. Los medios sobre los que se ejercen son distintos y la escala de valores diferente.

do. Las preocupaciones se centran en causas más deshumanizadas que les permite implicarse menos. La ansiedad predominante es la pérdida del (control) status social y económico.

### **Posible retrato robot del submarinista**

Pensamos que una lectura adecuada del test de Rorschach debería permitirnos reconocer a unas personas de tal modo que si aparecieran todas ellas (submarinistas y ejecutivos) reunidos en un salón, observándolos moverse, relacionarse y charlar, pudiéramos reconocerlos como grupo (ya que así los hemos estudiado) a través de las informaciones que nos ha suministrado el test de Rorschach.

### **Resultados**

Los submarinistas manifiestan una autoestima apreciable ( $3r+(2)=31,36$ ) pero aparece una excesiva preocupación por el cuerpo ( $An+Xy=2,36$ ). Parecería que el cuerpo funciona como depositario de sentimientos de angustia que se enlazan a vivencias de muerte (3 MOR) como expresión de pesimismo personal. Negativas e irritantes autoimágenes, resultantes del ejercicio de introspección (que les permite desarrollar su especial estilo de vida en el mar) ( $V=2,82$ ). Interesados por las personas tanto a niveles de humanos reales, inmediatos y posibles, como fantaseados e idealizados. Sus relaciones interpersonales aparecen teñidas de sentimientos agresivos desde su predisposición personal a saltar violentamente frente a cualquier posible amenaza (real o fantaseada) para su autonomía ( $S=3,45$ ), como a su traducción en hechos, tales como peleas, provocaciones, discusiones que fácilmente podrían ser justificadas como necesarias, en base a la proyección de intenciones agresivas que sitúan en el otro "como en defensa propia" ( $Ag=2,82$ ) quedándose resuelto lógicamente. Si recordamos su negativa autoimagen, parecería que cierto tipo de comentarios sobre ellos y/o determinadas situaciones, podrían ser fáciles estímulos para movilizarles hacia esta clase de conductas. Están muy atentos a todo lo que sucede en derredor suyo, gastan mucha energía en controlar y relacionar.

Manifiestan profundas necesidades de cercanía emocional ( $T=2,55$ ) lo que de alguna manera vendría a enlazarse con su tipo de vida, pasan gran parte de ella en el mar, lejos de la relación familiar directa. Significativos índices de aislamiento emocional que contrastan al desarrollar su vida en un reducido espacio físico que supone la estrecha relación de compañerismo (Cl, Bt, Na, Ls, Ge), altísimo número de respuestas de islas, mapas, países, paisajes...

Una resonancia afectiva adecuada ( $Afr.=56,27$ ) pero no así el modo

de manifestarla, que se expresa con excesiva espontaneidad o control. Inhiben bastante carga emocional, lo que parece lógico si nos atenemos a su vida real (en el submarino) pero no sabemos si esto es el efecto o la causa. Ambivalentes (Blends, C,C') podría pensarse en vaivén emocional que significa acercarse a la familia con amor y desear volverla a dejar para regresar al mar.

Recordando su especial interés en su persona (cuerpo), en su autonomía y, a la vez, su negativa autoimagen, arrastrando profundos deseos de cercanía afectiva y contacto tierno, su huida hacia el mar y a las profundidades, podría ser una expresión del conflicto psíquico, como una especie de compromiso. El compañero que es indispensable es, a la vez, una amenaza para su espacio personal (S). Tanta agresividad proyectada (Ag) posiblemente vaya a depositarse en el submarino o barco enemigo "el otro nos quiere hundir". De no ser así resultaría imposible la vida a bordo.

En cuanto a las características ideacionales hallamos la actividad como constante. En la conducta y la búsqueda de soluciones a través de planificar y organizar (contrasta en el plano emocional el alto número de respuestas Fd (comida), manifestación de pasividad y dependencia que colorean más las T (textura) de las que hablamos anteriormente). Significativas alteraciones en el proceso de pensar; conceptos imposibles y conclusiones deformadas y/o lejos de la realidad especialmente presentes en estímulos que han despertado su agresividad y en la planificación y recreación de conductas humanas. Esta desviación es expresión de su mundo personal que les lleva a tener una mala lectura de la realidad. Su estilo perceptivo, la selección que realizan del espacio arrojan una característica que les distingue por el énfasis en el Dd (Dd=10,55) que nos permite verlos pendientes de pequeñas cosas, quisquillosos, perfeccionistas, buscando y exigiendo cosas raras o no habituales. Podemos suponer en qué medida deben vigilar se respete su rango dentro de la oficialidad (profesionalmente) en el submarino y fuera de él, la obediencia, el saludo, la posible falta de reconocimiento de méritos, etcétera. Estas formas de pensar que podrían parecer una pérdida de tiempo para otros colectivos, a ellos les absorbe una energía muy importante a la que se une una compleja actividad cognitiva, un proceso sofisticado, florido para expresar un concepto (DQ+alto) que parece resta eficacia a la hora de definir y entenderse. Mucha energía puesta al servicio del adorno señalado por cierto estilo barroco en sus respuestas. Otro rasgo a señalar es la enorme ambición que manifiestan, metas poco realistas (W:M) que podríamos pensar algo tendrán que ver en el "malestar encubierto". De algún modo su objetivo es el mar, algo inabarcable, que siempre va a frustrar. Posiblemente su pensar poco definido, inconcreto, que muestra el alto número de respuestas vagas, sea más bien una expresión profesional más que una falla en el desarrollo conceptual. Isla, mapa, paisaje, nube, etc., son elementos constitutivos de

su realidad profesional. Sólo apuntamos el dato, sin que podamos asegurar nada.

En cuanto a su contacto con la realidad social, objetiva y adaptativa, les sitúa en una posición de buena comprensión "a su manera" En ningún caso alcanzaron el  $X_+ = 70$ , pero la equilibran todos con la suma de las respuestas inusuales (u) lo que unido a una buena internalización del cliché social que implica un reconocimiento superficial de la realidad en que se mueven, podemos imaginarlos con ciertas conductas adaptadas, cumpliendo lo que el símbolo indica. No importaría mucho que no se entienda o acepte. En ciertas ocasiones se cumple. A la vez se les supone una vivencia de ser distintos, de no aceptar la realidad tal cual es, porque no responde al deseo o realidad personal. El alto  $X_-$  ( $X_- = 18'82$ ) es claro. La salida al mar, alejándose de la tierra-realidad, podría pensarse que va en esta dirección. Recordemos que son solitarios en lo profundo, su adaptación social podría ser sólo por cliché. Lo que nos parece puede apuntarse en la línea de los mecanismos de defensa. Defensas ante una alta presencia de  $m, Y$  ( $m = 2,91 - Y = 3,91$ ) expresión de ansiedad y malestar, indefensión y pasividad en frente de un supuesto peligro. Podría pensarse si el submarino sirve de contenedor del estado persecutorio, así como vimos anteriormente que el cuerpo quedaba centrado como posible depositario de ansiedades psíquicas. El posible peligro proyectado sería el mar. Al que *ambivalentemente* están relacionados. Puede salvarlos, puede matarlos (Blends C,C'). Vemos que funcionan en déficit, en cuanto a economía defensiva.  $\lambda$  insuficiente; excesivamente implicados e invadidos, que si lo unimos a una alta  $Z_f$  y una desproporcionada relación  $W:M$ , nos lleva a pensar en vivencias de omnipotencia. Otros mecanismos son la racionalización, evitación y disociación. La necesidad de defender su imagen y evitar contactos con la realidad (Per, Cg) así como el justificar su vida (Art+Ab) en nombre de un ideal de servicio al país y desconectar cuando están en un mundo, de todo lo que supone y representa el otro. Algo parecido a la doble vida... (Presencia alta de M, Hd, (H)).

Es obvio que se plantea un interrogante final, ¿cómo controlan el stress estas personas que acabamos de describir? Tienen en sus manos instrumentos mecánicos precisos, que obedecen, pero la manipulación, decisión, lucidez, tiene que venir de ellos.

El sistema de mando está escalonado. Generalmente cumplen órdenes. La evitación ¿sería un sistema de ayuda para no responsabilizarse en primera persona? En otras ocasiones tienen que tomar esta responsabilidad. Ahí nos interesa detenernos. La D y la Daj son negativas ( $D = -2,91$ ) ( $Daj = -1,55$ ). Aparecen como vulnerables a las demandas, que les pueden sobrepasar sus posibilidades de centrarse en lo que hacen y de organizarse con eficacia.

Pensamos que el submarino es un contenido (Sc) que implica

precisión, frialdad y distancia. Probablemente esto les debe permitir tranquilizarse a través de la disociación, unido a la exigencia de ser únicos y a la omnipotencia, podría hacer posible una conducta coherente y exitosa. De no ser así, parecería que nos movemos en el milagro (?).

Vamos a establecer una sintetizada relación entre los dos grupos humanos estudiados. Los ejecutivos son menos egocéntricos, menos centrados en su cuerpo, manifiestan poco interés por lo humano y no esperan una cercanía y ternura como el promedio de las otras personas que hemos estudiado. Sus vivencias humanas son más frías y distantes. Disminuye la omnipotencia y la vivencia de intenciones agresivas depositadas en el otro bajan significativamente. En donde se acercan bastante es en el deseo de mantener a salvo de amenaza su autonomía, con violentas respuestas en caso de que ésta peligrara.

Son menos ambivalentes e inhiben menos afecto. Menos pesimistas respecto a sí mismos y al entorno. Ideacionalmente son más pasivos, aunque no muestran respuestas Fd (comida) y disminuyen mucho las T (textura). Aparecen menos distorsiones en el proceso de pensar, en parte por menos proyección de su mundo interno, menos Ag y M. Predominio de W en su relación perceptiva. Interesados en visiones globales y generales. Sus aspiraciones son enormes, sobrepasando a los submarinistas. Su eficacia en el pensar es superior al otro grupo, más precisos, escuetos y directos. Se definen y focalizan la acción sin complejidades. Socialmente, menos preocupados por el cliché (P) y con una objetividad superior al otro grupo, X+%, aunque presenten los mismos baches X-% que los submarinistas. La diferencia estaría en que los ejecutivos dan más respuestas ordinarias. En el otro grupo eran las "u" (inusuales). Su organización defensiva funciona más exitosamente. Lambda adecuado. Evitan menos los desafíos que pueden dañarles. No aparece el distanciamiento. Se implican menos a niveles emocionales, más barreras y muestran un importante descenso en los sentimientos de indefensión (Y). La ansiedad (m) es significativa pero menor que en el otro grupo. Finalmente, son personas con mayor capacidad para organizar su vida (D, Daj). Su conducta aparece como más bien dirigida, mantenida y difícilmente se desbordan por la sobre-estimulación.

Los submarinistas se muestran como personas solitarias, necesitadas de afecto y cercanía, dependientes y pasivos emocionalmente. La sobrecarga que manifiestan, el desborde y la dificultad para organizarse y buscar las vías adecuadas pueden ser los componentes del estado final de indefensión. Todo unido a una constelación que nos permite denominarlos depresivos. En estas condiciones, parecería lógico que eligieran situaciones en donde la contención, el soporte y la ayuda estuvieran presentes. Obviamente esto implica relaciones de gran dependencia. Reconocer estas necesidades (tanto a nivel personal como social) no resulta estimulante

para un adulto. Ningún medio ambiente lo valora y aplaude. Recordemos su celo y vigilancia en la defensa y mantenimiento del rango, preocupación y énfasis por la apariencia: uniforme y galones. En el que también se usa el cuerpo, en acciones como beber y fumar por encima del promedio de lo socialmente aceptado. El exhibicionismo está implícito a este nivel y en el rol laboral en sí. El desafío que implica el ser submarinista, en otras palabras, desafiar las ansiedades que en cada cometido se les presentan. Parecería que la institución (Marina de Guerra) y el submarinismo permitirían a través del desplazamiento y la disociación situarse en una familia poderosa, que da seguridad, soporte y pertenencia (refuerza la identidad). A la vez que pueden escenificar en el marco del submarino-mar, su mundo fantasmático. A nivel simbólico, el submarino fálico por su forma y femenino por contenedor, podría ser expresión de lo bisexual y ambivalente así como el mar o la mar, según se nombre, mantiene la misma indeterminación genérica así como sus efectos. Es decir, el mar los puede salvar porque los libera de la tierra (realidad) permitiendo una regresión al líquido amniótico en el que se recupera el estado cercano al nirvana —de no problemas— y/o los podría también matar, ya que en su seno se planifica una lucha a vida o muerte (entre submarinos y/o barcos y submarinos y la mar por ella misma). ¿Podría entenderse como una expresión de odio (como en las relaciones de objeto simbióticas) ante tanta necesidad y dependencia en una busca de autoafirmación e identidad?

Los ejecutivos se presentan como personas de grandes aspiraciones, metas más allá de lo razonable en cada caso, deseos de ser únicos. Lo llamativo, a nuestro entender, serían las roturas graves de la realidad (X-%) que este grupo presenta; coexistiendo con porcentajes de respuestas ordinarias a las dadas por los submarinistas. Parece ser que esto podría explicar el éxito de los ejecutivos, en puntos como estos: una idea exitosa, una decisión acertada, radicaría en el éxito de que es algo que a nadie más le ocurre, algo así como una "idea loca" por lo increíble e imprevisible! Si funciona es un éxito. Por tanto, encontrar "aspectos locos" en este grupo, es algo congruente con sus fines. Ellos no buscan (preferentemente) el contacto físico y la tierna cercanía. La ansiedad es alta porque la meta profesional es una lucha para mantener su autonomía, la agresividad se canalizaría preferentemente en mantener esta área. Simbólicamente el objeto en que se mueven: compañías o empresas, firmas, etc., son abstractos. La distancia emocional es evidente. La disociación también. Difícilmente elementos emocionales perturbarán el espacio de trabajo. Lo que les permite tomar decisiones objetivas y frías en las que los elementos humanos del rival no se tienen en consideración. Lo abstracto, no incluye la emoción.

La disociación, bien potente en el grupo de submarinistas, les permitía mantener dos tipos de vida. La conservadora en tierra en donde la

máxima: "Dios, patria y familia" se respeta y el mundo fantasmático con sus derivaciones bien opuestas al otro se vive en el mar. Posiblemente se pensará que este funcionamiento es la base de una moral cínica, o doble moral. También podríamos preguntarnos si los ejecutivos no funcionan con una doble moral avalado por aquello de que el negocio es el negocio o en el negocio no tengo amigos. Nos surge un interrogante respecto a las profesiones en general y la disociación como tema de investigación posible. Así como un pensamiento que se desprende del presente trabajo: ¿Las tareas que teóricamente presuponen niveles de desarrollo emocional satisfactorias son ocupadas realmente por las personas que los poseen? O más bien, ¿se convierte en un desafío para aquellas que estando lejos de tenerlos aspiran precisamente a poderse demostrar que los poseen?

Si, continuando con la hipótesis, esto fuera cierto, pensaríamos que nuestra sociedad es una buena expresión de Formación Reactiva y Disociación.

N.º 1 (MEDIAS)			N.º 2 (MEDIAS)			N.º 3 (MEDIAS)		
	Submarinistas	Ejecutivos		Submarinistas	Ejecutivos		Submarinistas	Ejecutivos
3r + (2)	31,36	28,82	Afr	56,27	58,64	Ma:Mp	9:2	6:5
MOR	3	1,45	FC:CF + C	3,91:3,09	1,27:2,18	MQ—	1,27	1,27
H	3,45	1,18	Blenda C/C'	1,82	1,27	S. Scorings	6,36	5,09
(H)	1,96	1,18	m	2,91	1,64	a:p	9:2	5:6
Hd	2,27	1,18	Y	3,91	1,82	CP	0,18	0,09
(Hd)	1,45	0,36	W	11,18	8,64	PER	0,82	0,64
FD	0,91	0,45	Dd	10,55	2,45	Ab+Art	2,73	1,82
An + Xy	2,36	1,27	DQ+	11,18	5,45	Cg	1,36	1
V	2,82	1,73	Vagas	8,45	4,09	Lambda	54,91	78,82
T	2,55	0,73	X+%	47,82	54,18	Zjf	18,18	11,36
AG	2,82	0,82	X-%	18,82	19,18	Do	—2,91	—1
S	3,45	2,55	P	6,45	5,45	Daj	—1,55	0,36

## BIBLIOGRAFÍA

- EXNER, J. E. (1974). *The Rorschach: A Comprehensive System*, Volume I. New York: John Wiley & Sons
- EXNER, J. E. (1978). *The Rorschach: A Comprehensive System*. Volume II. New York: John Wiley & Sons
- EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System*. Volume I. Basic Foundations (rev. ed.). New York: John Wiley & Sons.
- SCHAFFER, R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*. New York: Grune & Stratton.
- KLEIN, N. (1962). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Buenos Aires: Paidós.
- KLEIN, M. (1962). *Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa*. Buenos Aires: Paidós.

Dirección: Homero, 12-16, 08023 Barcelona

## **Cartas al Editor**

---

Estimado lector, a pesar que conozco tu proverbial pereza, este espacio se halla abierto para tu comunicación directa conmigo, por si la necesitaras o desearas... Tratándose esta vez del primer número de nuestra Revista, esta sección no puede más que quedar en blanco, pero no así para siempre, espero, ya que toda sugerencia, inclusive críticas acerbas o felicitaciones entusiastas, serán siempre bienvenidas.



## Notas y noticias

---

Tal como se había propuesto en el último Simposio Nacional en Madrid, el próximo, en Barcelona, está siendo considerado realizarlo a fines de octubre de 1989.

En diciembre de 1987 se realizó el habitual Simposio de la Sociedad Francesa de Rorschach en Estrasburgo con el tema: *Dinámicas en las Técnicas Proyectivas*. Y en Mayo de 1988 se volvió a reunir en París, esta vez el tema fue: *Proyección y Cognición*. Para el otoño de este año —26 de noviembre— la cita será en Bruselas con el tema: *La representación de sí mismo*, y se anuncia ya que la próxima primavera, 20-21 de mayo, el Simposio tendrá lugar en Annecy. Cada vez más cerca! Interesados dirigirse a Prof. Frieda Rossel, 13 Ave. Mousquines, Lausanne 1005, Suiza. No deberíamos considerar la posibilidad de tener simposios más a menudo en España?

La Convención del 50 Aniversario de la Society for Personality Assessment se realizará en abril de 1989 en Nueva York.

12-16 Julio de 1989 tendrá lugar el VII Congreso Latinoamericano de Rorschach y Técnicas Proyectivas. Tema principal: La Salud Mental y la Prevención a través del Psicodiagnóstico. Para toda información dirigirse al grupo organizador: Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach, Charcas 2955, P. B. "A", 1425 Buenos Aires, Argentina.

Se ruega a todos los lectores rorschachistas contribuyan a investigaciones en curso con copias de casos, de tenerlos disponibles, diagnosticados indudablemente como Borderline, y otros que contengan, a la vez, respuestas de reflejo y de vista (V, VF o FV). Y muchísimas gracias!! (Enviar a Departamento de Investigación, Pasaje Marimon, 7, Principal 1º y 2º, Barcelona 08021).

## Revista de Libros

---

Lo más reciente —para esta editora— dentro del campo generalmente tan restringido en cuanto a publicaciones mayores, es la obra de Catherine Chabert (1983 y 1987) en dos tomos: *Le Rorschach en Clinique Adulte. Interprétation Psychoanalytique* y *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach* (Dunod, París). Personalmente me sigue gustando más *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing* de Roy Schafer (1954), fundamentalmente porque es menos "silvestre", menos lanzado en su estilo interpretativo. Pero es innegable que la autora sabe mucho de psicoanálisis (básicamente se apoya en Freud con el agregado de algunas ideas de Winnicott y de autores franceses) y que su enfoque es muy riguroso en cuanto al esquema teórico. En el primer volumen explica su técnica de interpretación en la cual lo más llamativo es el recurso constante al simbolismo adjudicado a las Láminas, aspecto que me parece muy discutible. Los conocedores de la técnica de clasificación francesa se encontrarán con los fallos de siempre (opinión editorial evidentemente!): poco interrogatorio y clasificación a menudo basada más en la "experiencia clínica" que en lo que articula el sujeto, y falta de una muestra francesa válida, entre otros. En comparación con la técnica Exneriana la francesa resulta chocante por lo inconsistente desde un punto de vista experimental y estadístico. Sin embargo una lectura atenta del volumen permite entresacar muchas ideas y puntos de vista valiosos, en especial, por ejemplo, una buena descripción de los mecanismo de defensa. En el segundo, centra su atención en la neurosis, el narcisismo y el "desierto psicótico" (pacientes adultos jóvenes crónicos). En suma, una obra interesante que no debe faltar en la biblioteca de rorschachistas experimentados.

Otro libro interesante es el *Psicodiagnóstico de Rorschach, sistematización y nuevos aportes* (1986, Kapelusz, Buenos Aires) de A. Passalacqua y colab. que desarrolla una modalidad de clasificación hartamente compleja y por desgracia nuevamente determinada más por la "experiencia clínica" que basada en una experimentación rigurosa con validez estadística; modalidad derivada de un Klopfer modificado (sugerido inicialmente por V. Campo, L. Jachevasky, E. N. Jubert y M. Pagola en 1972). Asimismo es fácil extraer ideas nuevas y puntos de vista valederos, más allá de las cuestiones vinculadas a la clasificación en sí. En ésta, por ejemplo, aparecen inconsistencias similares a las de la escuela francesa: falta de una muestra argentina válida; en la clasificación de las respuestas F (que corresponderían a la categoría de únicas en el Sistema Comprensivo) se confunden las imprecisiones conceptuales (DQ) con las formales (FQX); como así también en el

cálculo del F+% extendido (X+%) donde el divisor no es el N° de determinantes total, ya que en esta modalidad clasificatoria en una respuesta múltiple (blend) cada determinante tiene un nivel formal propio... Un segundo volumen sobre la interpretación resultará, sin duda, muy interesante.

María C. Weigle, *Cómo interpretar el Rorschach* (1981, Ediciones del Atlántico, Montevideo, Uruguay) presenta un manual condensado que esperamos salga comentado en la próxima edición.

Y por último, *Los niños y el Rorschach: Aspectos clínicos, Investigación y Aplicación* (Promolibro, Valencia, 1988) de la Dra. Vera Campo, obra derivada de su Tesis Doctoral, asimismo podrá ser comentado en otra edición.

## Revista de Revistas

---

En línea con los dos primeros trabajos de esta Revista, se incluye, por lo interesante, un muy breve comentario de la primera parte del reciente artículo de J. Frosch (1988) *Psychotic Character versus Borderline* (*Int. J. Psycho-Anal.*, 69,3). El autor propone abandonar el término *borderline* para adoptar el de carácter psicótico porque este sugiere, a diferencia del difuso y vago término *borderline*, que se trata de un desorden caracterológico influenciado por el proceso psicótico subyacente, lo que le confiere una perspectiva más dinámica, genética y psicoterapéutica. Todo ello sin abandonar el síndrome clínico ya conocido y descrito, a menudo parcialmente, por muchos autores, a quienes revisa. Señala asimismo la diferencia entre fragmentación y *splitting*, considerando a la primera como una defensa aún más primitiva que la segunda. (La continuación de este trabajo será publicado en el siguiente número del mismo Journal).

J. RICHMAN: *Reporting Diagnostic Test Results to Patients and their Families* (1967) *J. P. Ass.* 31, 3, p. 62-70. Esta comunicación es beneficiosa (salvo con esquizofrénicos o psicóticos en período activo y que son peligrosos para sí mismos u otras personas), especialmente para sujetos muy enfermos, sólo cuando es realizada por psicólogos clínicos muy experimentados, con entrenamiento en los tests proyectivos y la psicoterapia. Tal comunicación tiene menos efecto cuando se le *dice* al sujeto el resultado de los tests que cuando se le *muestran* en base a su propio material, en detalle y explicando aspectos estructurales y de contenido. Y cuando la consulta es voluntaria (por parte del paciente o/y sus padres); en el caso de niños resulta esencial para la devolución la presencia de ambos padres.

G. L. LIABOE y J. D. GUY: *The Rorschach "Father" and "Mother" Cards: An Evaluation of the Research* (1985) *J. P. Ass.*, 49, 1, 2-5. Una revisión de todo lo estudiado hasta la fecha llevó a la conclusión que tal identificación de las Láminas IV y VII no debería ser hecha ni enseñada.(!)

J. E. EXNER, E. A. THOMAS y B. MASON (1985) (*J. P. Ass.* 49,1, 7-13) *Children's Rorschach: Description and Prediction*. En un estudio longitudinal (57 sujetos retestados cada 2 años entre los 8 y 16) solamente el X+% resulta relativamente estable y la mayoría de las restantes variables no son consistentes hasta los 14-16 años. Por lo tanto descripciones predictivas a largo plazo sólo pueden ser realizadas con gran cautela "excepto cuando existen condiciones de severa patología" (subrayado por

la editora). Solamente X+%, P, movimiento activo y la Suma C se mantienen razonablemente estables durante un intervalo de 2 años. A los 10 años, V, movimiento activo y T se estabilizan. Y a los 12 años el movimiento humano y animal. De los 5 índices del SCZI sólo M- cae por debajo del .75 nivel de estabilidad. En cuanto a los 5 índices del DEPI, la mezcla de color-claroscuro y las C' tampoco alcanzan ese nivel.

E. D. ROSSINI y J. C. KASPAR (1987) *J. P. Ass*, 51, 2. The validity of the Bender-Gestalt Emotional Indicators. Los autores re-estudian la validez de los 13 signos de Koppitz en base a una muestra de niños entre 7 y 10 años agrupados en: grupo control (40), "adjustment disorder" (40) y "behavior disorder" (40). Tres signos (orden confuso, tamaño grande y figuras con recuadro) resultaron significativamente vinculados a nivel de psicopatología. El punto de cierre resultó ser de 2 o más indicadores emocionales.

Asimismo en el último número del *J. P. Ass*. aparece, como único (!) artículo digno de reseña entre 18 trabajos seguramente muy "científicos" y "estadísticamente válidos", un estudio preliminar sobre Síntomas Depresivos de Viglione, Bager y Haller (socios del "Maestro" Exner) en el que señalan que el DEPI no identificó a muchos pacientes psiquiátricos internos deprimidos (N=54). Sí identifica a casi todos los extratensivos deprimidos de la muestra. Los autores proponen, a título experimental, agregar al índice DEPI el eb (elevado hacia la derecha), bajo  $N^{\circ}$  de R (<18), FC<2, Afr.<55 y MOR>2. Interesante!

Un volumen entero de *Psychologie Française* (32, 3, 1987) contiene un gran número de trabajos sobre el TAT, con uno básico de Vica Shentoub, en el que presenta un nuevo método de análisis del material y de su registro, de orientación claramente psicoanalítica.

El último volumen del *British Journal for Projective Psychology* es especialmente interesante por cuanto se halla íntegramente dedicado al TRO y ante todo porque en él se presenta una primera descripción de la adaptación de Bagby del TRO, en relación con la nueva edición de la obra fundamental de Phillipson, en preparación. De hecho, lo más novedoso consiste en que tal adaptación se refiere al uso directo de las Láminas para una psicoterapia de tipo psicoanalítico. (Los interesados que no quieran esperar la nueva edición -y las Láminas correspondientes, también de nueva edición aunque se trata de las mismas (no las de Paidos)- podrán obtener este número de la revista inglesa escribiendo a DR. Zahid Mahmood, Editor, Department of Psychology, 155 Crail Street, Glasgow G31 5RB, Escocia G. B.)

# Normas para la presentación de trabajos

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

Las citas dentro del texto deben consistir solamente en el apellido/s y la fecha, por ejemplo: Exner (1986). Las citas completas deben darse al final del artículo, en doble espacio, siguiendo las normas de la APA, es decir:

*libros:* apellidos y nombre del autor en mayúsculas, seguidas de la fecha de publicación, el título subrayado del libro y la ciudad y editorial.  
*revistas:* apellidos y nombre del autor en mayúsculas, título del artículo, título de la revista subrayado, número de la revista subrayado, volumen correspondiente entre paréntesis y números de las páginas. Ejemplos:

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

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

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

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

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

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

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

# Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

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

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

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

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

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

**REUNIONES:** La Sociedad lleva a cabo una reunión bianual.

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

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

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

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

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



# XOROÍ

LLIBRERIA

ESPECIALITZADA EN PSICOLOGIA I PSICOANÀLISI

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



bus: 16-17-58-64 /4  
Ferrocarrils Generalitat, FGC

Berlinès 20 · 08022 Barcelona

418 53 36

## Ediciones Paidós

H. RORSCHACH  
Psicodiagnóstico

L. SMALL  
Manual para la localización y clasificación del Test de Rorschach

B. KLOPFER Y H. H. DAVIDSON  
Manual introductorio a la técnica del Rorschach

B. KLOPFER Y D. KELLY  
Técnica del psicodiagnóstico de Rorschach

E. F. HAMMER  
Los tests proyectivos gráficos

J. E. BELL  
Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad

L. E. ABT  
Psicología proyectiva

Solicite nuestro catálogo: Mariano Cubí 92, entlo. / 08021 Barcelona

■ S · E · R · Y · M · P ■

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