

1990 - Número 3

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

3

■ 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 S.E.R.Y.M.P. 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 deben leer las "normas para la presentación de trabajos" al final de esta revista.

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

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

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

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

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

Suscripción a la S.E.R.Y.M.P.:	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 S.E.R.Y.M.P.

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

Indice

Editorial:	3
Cambios en el Rorschach en las psicoterapias a corto y largo plazo Irving B. Weiner y John E. Exner	4
El Rorschach y la pérdida traumática: Configuraciones de respuestas Mary S. Cerney	17
Acerca de los contenidos, defensas y relaciones objetales borderline Vera Campo y Nancy Vilar	28
Los datos normativos del Rorschach presentados por Exner son válidos para la población europea <i>in extenso</i>? Ensayo con una población portuguesa. Danilo R. Silva, Rosa Novo y Nina Prazeres	33
Pubertad y somatización: Estudio a través del Rorschach Juan Díez Curiel	41
Cartas al Editor	53
Notas y Noticias	53
Revista de Libros	56
Revista de Revistas	57
Normas para la presentación de trabajos	61
Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos	63

Editorial

Sigue en pie mi deseo de no quitar espacio a las ideas de los autores que contribuyen a nuestra Revista. Solamente quería introducir este tercer número con el anuncio de que estará íntegramente dedicado al XIII Congreso Internacional del Rorschach celebrado recientemente en París. Allí hubo muchísimos trabajos y de ellos he intentado seleccionar algunos pocos de los más interesantes, evidentemente sin pretender que esa selección, limitada por las sesiones simultáneas que obligaron a decidirse sólo por ciertos temas, sea representativa, ya que corresponde, además, al interés de vuestra Editora.

*Cambios en el Rorschach en las psicoterapias a corto y a largo plazo

Irving B. Weiner y John E. Exner

Durante un período de varios años se realizaron repetidas administraciones del Rorschach a dos grupos de pacientes ambulatorios en tratamiento psicoterapéutico. Un grupo a largo plazo (N=88) con psicoterapia intensiva, dinámica, y un grupo a corto plazo (N=88) con terapia conductista o gestalt. Los protocolos del Rorschach se registraron al comienzo del tratamiento y en tres ocasiones más, al año, dos años y medio y a los cuatro años, momento en el cual la mayoría de los pacientes a largo plazo y todos los pacientes a corto plazo habían completado su terapia. Los hallazgos demuestran los efectos generalmente benéficos de la psicoterapia, mayor cambio en la terapia a largo plazo y la validez del Rorschach para medir estos efectos y cambios.

En un reciente debate para evaluar el criterio de alta en psicoterapias psicodinámicas de larga duración, Weiner y Exner (1988) identificaron varias características de personalidad asociadas con la consecución de los objetivos de esta forma de tratamiento. Sugirieron que ciertas variables Rorschach relacionadas con estas características de personalidad, pueden proporcionar una medida útil del progreso en la psicoterapia intensiva. Se examinaron posteriormente las líneas orientativas elaboradas en el *Sistema Comprensivo del Rorschach* (Exner, 1986), como índices de mal funcionamiento que probablemente identificarán la necesidad para un posterior tratamiento psicoterapéutico de distinta duración. Esta revisión llevó a la selección de 27 índices de dificultades de adaptación como indicios válidos de un progreso insuficiente en el tratamiento.

Cuatro de estos índices, indican la dificultad para manejar adecuadamente el estrés: $D < 0$ (experiencia subjetiva de estrés resultante de recursos inadecuados para satisfacer las demandas vivenciales; $AdjD < 0$ (malestar persistente, que se experimenta más allá de dificultades transitorias o situacionales, para satisfacer las demandas vivenciales); $EA < 7$ (recursos limitados para implementar estrategias deliberadas de resolución de situaciones problemáticas); y $CDI > 3$ (déficit general en las capacidades para hacer frente a las experiencias vitales).

Cinco de estos índices reflejan dificultades para hacer frente atenta, abierta, consistente y convencionalmente a la experiencia: *Ambitendencia* (falta de compromiso con un estilo de respuesta consistente y un sentido de

Este artículo ha sido traducido por Ana M.ª Tuset

inseguridad personal); $Zd < 3.0$ (atención insuficiente a los matices de la propia experiencia, con una exploración superficial de los acontecimientos ambientales y sacando conclusiones precipitadas sobre su significado); $Lambda > 0.99$ (marcos de referencia estrechos y limitados y una inclinación a responder a las situaciones en los términos más simples posibles); $X+\% < 70$ (falta de habilidad o de inclinación para percibirse a sí mismo y a la propia experiencia como lo hace la mayoría de personas); $X-\% > 20$ (inadecuada percepción del significado de los acontecimientos y de las consecuencias de las propias acciones).

Cinco de estos índices apuntan a problemas en modular y disfrutar de la experiencia emocional: $SumSh > FM+m$ (experiencias afectivas negativas de disforia, soledad, impotencia y/o autodenigración); $DEPI = 5$ (preocupaciones depresivas); $DEPI > 5$ (posibilidad de un diagnóstico de trastorno depresivo); $Afr < .50$ (evitación de intercambios emocionales con el entorno y renuencia a verse envuelto en situaciones cargadas de afecto); y $CF+C > FC+1$ (sentimientos excesivamente intensos y expresión del afecto sin reservas).

Cuatro de estos índices demuestran dificultades en pensar clara y lógicamente: $Sum 6 Sp Sc > 6$ (tendencia a un pensamiento ilógico y arbitrario); $M- > 0$ (concepciones extrañas de la naturaleza de la experiencia humana); $Mp > Ma$ (uso excesivo de fantasías de escape como sustitutas de un planteamiento constructivo); e $Intellect > 5$ (dependencia excesiva de la intelectualización como medida defensiva).

Cuatro de estos índices sugieren problemas relacionados con el examen y el sentirse satisfecho de sí mismo: $Fr+rF > 0$ (glorificación narcisista de sí mismo y tendencia a culpar a los demás); $3r+(2)/R > .43$ (excesiva atención y preocupación por sí mismo); $3r+(2)/R > .33$ (baja estima de sí mismo en comparación con otros); y $FD > 2$ (inusual alcance de la introspección).

Los restantes cinco índices identifican dificultades en dedicarse a y sentirse cómodo en las relaciones interpersonales: $p > a+1$ (pasividad en relación a otras personas y una inclinación a evitar tomar iniciativas y responsabilidades); $T = 0$ (falta de expectativas o aspiraciones para relaciones próximas, psicológicamente íntimas, de apoyo y de soporte mutuo con otros); $T > 1$ (necesidades no satisfechas de relaciones de proximidad y reconfortantes con otras personas, lo que lleva a sentimientos de soledad y privación); $Hpura < 2$ (desinterés y/o dificultades en identificarse con otras

personas); y $H < ((H)+Hd+(Hd))$ (incomodidad para contemplar relaciones con personas reales y con un buen funcionamiento psíquico).

Si estos 27 índices de dificultades de ajuste tienen capacidad para medir el progreso en psicoterapia, su frecuencia debe disminuir con el tiempo entre los pacientes comprometidos en una relación de tratamiento. Además, la disminución en su frecuencia debe estar directamente relacionada con la duración del tratamiento y debe ser menos marcada en pacientes de psicoterapias breves que en pacientes de psicoterapias a largo plazo. Estas expectativas están basadas en la evidencia investigadora de que (a) la psicoterapia generalmente contribuye a mejorar las capacidades de afrontar situaciones y aumenta la sensación de bienestar y (b) cuanto más terapia se recibe, más beneficio se deriva de ella (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz y Auerbach, 1988, cap. 19; Orlinsky y Howard, 1986).

Método

Durante un período de varios años se obtuvieron protocolos de Rorschach en cuatro etapas durante o después del tratamiento de pacientes que recibían psicoterapia como pacientes externos. La recolección de estos datos fue posible por la colaboración de doctorados en psicología clínica, en varias grandes ciudades, que reclutaron participantes voluntarios para el estudio entre sus pacientes de psicoterapia. A estos pacientes se les dijo que se les administraría el test de Rorschach al principio de su tratamiento y en tres ocasiones posteriores, como parte de un proyecto de investigación sobre control del cambio durante y después de una psicoterapia.

A medida que los sujetos entraban en el estudio, fueron clasificados como "largo plazo" o "corto plazo" dependiendo del tipo de terapia que iban a recibir. El grupo a largo plazo comprendía pacientes que iban a ser vistos más de una vez a la semana en una psicoterapia de descubrimiento de orientación dinámica. El grupo a corto plazo estaba compuesto por pacientes que iban a ser vistos una vez a la semana en tratamientos de tipo racional emotivo, gestalt, modelado o con técnicas asertivas.

En el curso del estudio fue posible reunir datos de 4 años de seguimiento de 88 pacientes a largo plazo. Casi todos estos pacientes eran vistos por su terapeuta dos o tres veces a la semana; unos pocos eran vistos

cuatro veces a la semana durante su primer año o 18 meses, pero posteriormente se habían reducido las sesiones semanales a dos o tres. La media para este grupo a lo largo de 48 meses fue 2.35 sesiones por semana. Después de la administración del Rorschach de línea base o al inicio de la terapia, se hizo un retest entre los 9 y los 14 meses siguientes; un segundo retest de 27 a 30 meses de estar en tratamiento, en cuyo momento un 17% de los pacientes habían terminado; y un tercer retest de los 46 a los 50 meses, en cuyo momento el 67% habían finalizado la terapia y seguían participando en el estudio como no pacientes.

Se recogieron datos de varios cientos de pacientes de terapia a corto plazo. Para facilitar las comparaciones con el grupo a largo plazo, se eligieron al azar 88 de estos pacientes a corto plazo para el análisis de datos. Estos 88 pacientes habían sido vistos menos de una vez por semana como media; todos ellos habían terminado la terapia a los 16 meses de haberla empezado. Al igual que los pacientes a largo plazo, se administró a la muestra a corto plazo un Rorschach de línea base y retests entre los 9 y los 13 meses siguientes, y dos retests más, entre los 27 y los 30 meses y entre los 46 y los 50 meses posteriores, por lo menos 30 meses después de que todos ellos hubieran terminado su terapia.

Los datos demográficos básicos y otros datos descriptivos sobre estos pacientes a corto y a largo plazo, se muestran en la Tabla 1. Los grupos son comparables en edad, educación, sexo, estado civil y nivel socioeconómico, si bien los pacientes de clase social baja constituyen un porcentaje significativamente superior del grupo a corto plazo (43%) que del grupo a largo plazo (20%).

Como se indica también en la Tabla 1, aproximadamente dos tercios de cada grupo entró en tratamiento teniendo como motivo de consulta principal un problema emocional de alguna clase, incluyendo ansiedad, depresión, tensión o pérdida de control. Alrededor de un cuarto de cada grupo presentaba como motivo de consulta principal dificultades interpersonales, siendo la más común un matrimonio inestable. Los restantes pacientes de ambos grupos expresaban preocupación, principalmente, sobre malestar somático de una u otra clase. La única diferencia significativa en los problemas presentados por los dos grupos era la depresión, que era más frecuente entre los pacientes a corto plazo (30%), que entre los pacientes a largo plazo (20%). Ambos grupos estaban casi equitativamente divididos entre pacientes que veían a un terapeuta privado y pacientes que acudían

Tabla 1**Características demográficas y descriptivas de dos grupos con psicoterapias a largo y corto plazo.**

	Largo plazo (n=88)			Corto plazo (n=88)		
	M	SD	Rango	M	SD	Rango
Edad al inicio	26.2	6.3	19-37	23.4	5.2	18-39
Años de educación	14.4	2.9	12-21	12.3	2.8	10-21
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	36	71				
Femenino	52	59				
Clase Social						
Alta	9	10	3	3		
Media	61	69	47	53		
Baja*	18	20	38	43		
Estado Civil						
Casado	44	50	49	55		
Divorciado	19	21	15	17		
Viudo	3	3	1	1		
Soltero	23	26	23	26		
Motivo de consulta principal						
Ansiedad	13	14	9	10		
Depresión*	18	20	27	30		
Tensión	10	11	9	10		
Descontrol emocional	15	17	11	12		
Dificultades interpersonales	24	27	23	32		
Problemas somáticos	8	9	3	3		
Sufragado por terceras personas	77	87	83	94		
Terapia privada	45	55	41	46		

* La diferencia entre grupos da una 2 x 2 X-cuadrado significativa al nivel de confianza del .01.

a una clínica, y alrededor del 90% del grupo de estudio total recibían retribuciones de una tercera persona/entidad.

Los pacientes a largo plazo del estudio, fueron vistos por 38 terapeutas distintos y los pacientes a corto plazo por 34 terapeutas. El Rorschach fue administrado, independientemente del tratamiento por 61 examinadores distintos, entrenados y experimentados en el uso del Sistema Comprensivo. Los examinadores sabían que testaban a pacientes en psicoterapia como parte de lo que se denominó un estudio sobre "efectos del tratamiento". Sin embargo, no tenían información sobre el tipo de terapia que los sujetos recibían o el momento del tratamiento, y ningún examinador testó al mismo paciente más de una vez.

Resultados

El rendimiento de estos pacientes de psicoterapia a corto y a largo plazo en cuatro momentos en los 27 índices del Rorschach identificados, se presentan en la Tabla 2. Las diferencias longitudinales se evaluaron con 2×2 Chi-cuadrado. Para ser conservadores en la valoración del alcance de estas diferencias, no se utilizó la fórmula de ajuste para medidas no independientes de Chi-cuadrado (lo que está garantizado en este caso y habría incrementado el tamaño de las Chi-cuadrado obtenidas).

Grupo a largo plazo

Como se indica en la Tabla 2, 14 de los índices muestran una disminución significativa de la frecuencia en el primer retest ($CDI > 3$; $Zd < -3.0$; $Lambda > 0.99$; $X+\% < 70$; $X-\% > 20$; $DEPI = 5$; $Afr < .50$; $CF+C > FC+1$; $M- > 0$; $Mp > Ma$; $Intellect_1 > 5$; $p > a+1$; $T > 1$; y $H pura < 2$), demostrando que, al final del primer año de tratamiento, estos pacientes, como grupo, se han vuelto más capaces de afrontar las experiencias vitales; más atentos a sus experiencias y más convencionales en sus percepciones; menos deprimidos y con más posibilidades de disfrutar de sus sentimientos y modularlos; más realistas, menos escapistas y con menos intelectualización, al pensar sobre acontecimientos vitales; y más activos e interesados y sintiéndose menos deprivados en las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo, al año de estar en terapia, su frecuencia de $FD > 2$ ha aumentado significativamente, indicando que se han vuelto más interesados en examinarse a sí mismos.

Tabla 2

Cambios longitudinales de las variables Rorschach seleccionadas para 88 pacientes de psicoterapia dinámica a largo plazo

	Línea base		1ª retest 12-14 meses		2ª retest 27-31 meses		3ª retest 46-50 meses	
Promedio nº sesiones			121.5		224		452	
Finalización			0		15		59	
Variables relacionadas con	N	%	N	%	N	%	N	%
Manejo del Estrés								
D < 0	31	35	35	39	15	17**	4	5*
Adj < 0	27	31	34	39	15	17**	4	5*
EA < 7	30	34	24	27	9	10**	3	3
CDI < 3	28	32	11	13**	7	8	5	6
Afrontar la experiencia								
Ambitendente	32	36	26	29	9	10*	7	7
Zd < -3.0	34	39	8	9**	12	14	9	10
Lambda > 0.99	25	29	16	18*	11	13	5	6
X+% < 70	19	21	6	7**	2	2	3	3
X-% > 20	26	30	12	14*	9	10	7	8
Modular y disfrutar de la experiencia emocional								
Sum Shading > FM+M	29	32	22	25	2	2**	1	1
DEPI = 5	40	45	16	18**	10	11	5	6
DEPI > 5	13	15	11	13	9	10	7	8
Afr < .50	30	34	18	20*	14	16	9	10
CF+C > FC+1	53	60	26	30**	12	14*	11	10
Uso eficaz de la ideación								
Sum 6 Sp Sc > 6	27	31	22	25	13	15*	10	11
M- > 0	41	47	24	27**	9	10**	6	7
Mp > Ma	37	42	24	27*	11	13**	10	11
Intelect > 5	21	24	7	8**	6	7	6	7
Examinarse y sentirse satisfecho de uno mismo								
Fr+rF > 0	12	14	12	14	9	10	6	7
3r+(2)/R > .43	24	27	20	23	11	13*	8	9
3r+(2)/R < .33	28	32	24	27	16	18*	13	15
FD > 2	12	14	23	26**	10	11*	8	9
Disfrutar y sentirse cómodo en las relaciones interpersonales								
p > a+1	30	34	17	19**	15	17	10	11
T = 0	27	31	22	25	13	15**	7	8
T > 1	19	22	4	5**	2	2	2	2
H Pura < 2	28	31	15	17**	4	5*	2	2
H < ((H)+Hd+(Hd))	48	52	37	42	29	33*	27	31

* Diferencia significativa con el test anterior (p < .05)

** Diferencia significativa con el test anterior (p < .01)

En el segundo retest, a los aproximadamente 2 años y medio de tratamiento, $FD > 2$ había disminuido significativamente desde el primer retest, y un total de 24 índices de dificultad de adaptación se habían vuelto significativamente menos frecuentes que la línea base, demostrando que estos pacientes, como grupo, eran ahora más capaces de manejar el estrés que cuando empezaron el tratamiento, enfrentarse con su experiencia eficientemente, pensar lógicamente, sentirse bien consigo mismo y disfrutar de las relaciones interpersonales. Cada uno de estos 24 índices permanecen significativamente diferentes de la línea base al tercer retest, aproximadamente 4 años después de la interrupción de la terapia y después de que dos tercios del grupo hubiera terminado el tratamiento.

Los únicos dos índices, aparte del $FD > 2$, que no eran significativamente menos frecuentes después de la terapia a largo plazo, están relacionados con elevaciones patológicas de *Reflejos* y el *Índice de Depresión*. En primer lugar, eran infrecuentes en este grupo de pacientes (14% y 15%, respectivamente) y por eso probablemente no podía esperarse que proporcionaran una medida de la mejora para los pacientes tomados en psicoterapia intensiva.

Es notable que aquellos índices que no muestran cambios significativos hasta el segundo retest, se agrupan en el área del manejo del estrés. Para $D < 0$, $AdjD < 0$ y $EA < 7.0$ los resultados sugieren que estos pacientes a largo término, como grupo, está experimentando tantos, sinó más, sentimientos subjetivos de malestar al año de tratamiento que al inicio. En el retest de los 27-30 meses, sin embargo, estos tres índices de dificultades en los recursos para afrontar situaciones, se habían vuelto no sólo significativamente menos frecuentes de lo que eran inicialmente, sinó que muestran también un dramático descenso respecto al retest de los 12-14 meses. $D < 0$ y $AdjD < 0$ disminuyen en más de la mitad, del 39% al 17%, del grupo, y $EA < 7$ disminuye en alrededor de los dos tercios, de 27% al 10%, del grupo. Es interesante que D y $AdjD$, los índices de dificultad en el manejo del estrés, continúan disminuyendo significativamente en frecuencia entre el retest de los 27 a los 30 meses y el tercer retest de los 46 a los 50 meses. $D < 0$ y $AdjD < 0$ caracterizan ambos sólo el 5% del grupo de terapia a largo plazo en este momento final. La única otra variable que muestra una disminución significativa del segundo al tercer retest es $\Lambda > 0.99$, que aparece en sólo el 6% del grupo e indica un progresivo aumento de la receptividad a la experiencia.

Tabla 3

Cambios longitudinales de las variables Rorschach seleccionadas para 88 pacientes en psicoterapia a corto plazo

	Línea base		1ª retest 12-14 meses		2ª retest 27-31 meses		3ª retest 46-50 meses	
Promedio nº sesiones			41.2		62.1		62.1	
Finalización			49		88		--	
Variables relacionadas con	N	%	N	%	N	%	N	%
Manejo del estrés								
D < 0	46	52	13	15**	14	16**	11	13
AdjD < 0	20	23	11	13*	12	14	10	11
EA < 7	21	24	15	17	11	10***	12	14
CDI < 3	31	35	9	10**	10	11	12	14
Afrontar la experiencia								
Ambitendente	38	43	27	30*	28	31	26	29
Zd < -3.0	29	32	10	11**	8	9	9	10
Lambda > 0.99	22	25	13	15*	12	14	14	16
X+% < 70	41	46	24	27**	19	21	21	23
X-% > 20	35	39	17	19**	18	20	16	18
Modular y disfrutar de la experiencia emocional								
Sum Shading > FM+M	29	32	22	25	2	2**	1	1
DEPI = 5	40	50	11	10**	8	9	10	11
DEPI > 5	8	9	10	11	6	7	7	8
Afr < .50	29	33	12	14**	15	17	13	15
CF+C > FC+1	58	65	32	36**	27	31	24	27
Uso eficaz de la ideación								
Sum 6 Sp Sc > 6	21	24	17	19	18	20	16	18
M- > 0	33	38	26	29	19	22**	20	23
Mp > Ma	31	35	18	20*	15	17	19	22
Intelect > 5	14	16	11	13	12	14	15	17
Disfrutar y sentirse cómodo en las relaciones interpersonales								
p > a+1	23	26	11	13**	14	16	12	14
T = 0	21	23	17	19	18	20	16	18
T > 1	26	29	8	9**	6	7	7	8
H Pura < 2	37	42	27	30*	20	23	23	26
H < ((H)+Hd+(Hd))	55	63	33	38**	26	30*	27	31

* Diferencia significativa con el test anterior (p < .05)

** Diferencia significativa con el test anterior (p < .01)

*** Diferencia significativa con el test de línea base (p < .01)

Grupo a corto plazo

En el grupo a corto plazo, 18 de los 27 índices de mal funcionamiento muestran una disminución significativa en su frecuencia en el primer retest. Esto no incluye $M^- > 0$ e $Intellect > 5$, que disminuyen después de 12 a 14 meses entre los pacientes de terapia a largo plazo, pero incluye $D < 0$, $AdjD < 0$, $Ambitendencia$, $SumSh > FM+m$, $3r+(2)/R < .33$ y $H < (Hd+(H)+(Hd))$, que no cambian durante el primer año entre los pacientes a largo plazo. En el $FD > 2$, el grupo a corto plazo se parece al grupo a largo plazo en mostrar un incremento de frecuencia en el primer retest.

Así pues, los pacientes a corto plazo parecen volverse más introspectivos pero exhiben generalmente un mayor cambio después de un año y, en muchos aspectos, especialmente respecto a evitar la experiencia subjetiva de estrés, progresan más rápidamente en una dirección positiva que los pacientes a largo plazo. Sin embargo, comparados con los 15 índices en los que los pacientes a largo plazo como grupo muestran cambios significativos de mejora entre los 12 y los 14 meses y entre los 27 y los 31, después del inicio de su terapia, el grupo a corto plazo mejora significativamente a lo largo de este período únicamente en las variables $EA < 7.0$, $M^- < 0$, $FD > 2$ y $H < (Hd+(H)+(Hd))$.

Discusión

Los 88 pacientes de psicoterapia a largo plazo en este estudio muestran una disminución significativa en la frecuencia de 24 de los 27 índices Rorschach de dificultades de adaptación durante el curso de un primer examen y tres retésts durante los cuatro años siguientes. Agrupándolos conceptualmente, estos cambios en el Rorschach demuestran mejoría en seis dimensiones del funcionamiento de la personalidad; como grupo estos pacientes parecen haberse vuelto:

1. Capaces de manejar mejor el estrés (menos $D < 0$, menos $AdjD < 0$, menos $EA < 7$, menos $CDI > 3$).

2. Es más probable que se enfrenten con la experiencia atenta, abierta, convencional y consistentemente (menos $Ambitendencia$, menos $Zd < -3.0$, menos $Lambda > 0.99$, menos $X+% < 70$, menos $X-% > 20$).

3. Más capaces de modular y de disfrutar de la experiencia emocional (menos $SumSh > FM+m$, menos $DEPI = 5$, menos $Afr < .50$, menos $CF+C > FC+1$).

4. Más efectivos en su pensamiento (menos $Sum 6 Sp Sc > 6$, menos $M- > 0$, menos $Mp > Ma$, menos $Intellect > 5$).

5. Menos preocupados y más satisfechos de sí mismos (menos $3r+(2)/R > .43$, menos $3r+(2)/R > .33$).

6. Más interesados y cómodos en las relaciones interpersonales (menos $p > a+1$, menos $T = 0$, menos $T > 1$, menos $H pura < 2$, menos $H < ((H) + Hd+(Hd))$).

Los 88 pacientes de psicoterapia a corto plazo (16 meses o menos), muestran un descenso significativo en 20 de los 27 índices Rorschach de dificultades de adaptación, a lo largo del período de 4 años desde el inicio de su tratamiento. Estos índices de mejor funcionamiento, incluyen cada una de las seis dimensiones de personalidad citadas.

Hablando en sentido general, estos hallazgos dan fe de los efectos beneficiosos de la psicoterapia. Los pacientes implicados en tratamientos de distinta duración y diferentes modalidades, es mucho menos probable que manifiesten una amplia gama de índices Rorschach asociados con dificultades de adaptación. Estas mejoras se mantienen 4 años después de empezar la terapia, en cuyo momento dos tercios de los pacientes a largo plazo y todos los pacientes a corto plazo, habían terminado su tratamiento. De los tres índices que no son significativamente menos frecuentes ni en el grupo a largo ni en el grupo a corto plazo, dos son indicadores patológicos que eran infrecuentes, del principio al fin, en ambos grupos ($DEPI > 5$, $Fr+rF > 0$). El tercero, índice de un inusual alcance de la introspección ($FD > 2$), era infrecuente antes y después del tratamiento, pero se incrementó significativamente para ambos grupos durante el curso de su terapia, que es lo que uno espera encontrar en pacientes en psicoterapia al fomentar el examen de sí mismos.

Estos hallazgos Rorschach son también consistentes con la expectativa de que se obtienen mayores cambios positivos en la personalidad en la terapia a largo que a corto plazo. Al contrario que los pacientes a largo plazo, en este estudio, los pacientes a corto plazo, como grupo, no presentaban mejoras significativas en su frecuencia de pensamiento ilógico y arbitrario

($Sum\ 6\ Sp\ Sc > 6$), intelectualización excesiva ($Intellect > 5$), excesiva autoestima ($3r+(2)/R > .43$) y falta de expectativas de relaciones interpersonales próximas y de apoyo ($T = 0$).

Por otra parte, el grupo a corto plazo, en el momento del test de seguimiento a los 4 años era sustantivamente más probable que sufriera todavía de sobrecarga de estrés ($D < 0$ en el 13% versus el 5% en el grupo a largo plazo); estilo de afrontar las situaciones inconsistente (*Ambitendente* en 29% versus 7%); problemas con la modulación del afecto ($CF+C > FC+1$ en 27% versus 13%); ideas extrañas sobre las personas ($M- > 0$ en 23% versus 7%); percepciones no convencionales ($X+% < 70$ en 23% versus sólo el 3%); distancia interpersonal ($T = 0$ en 18% versus 8% y $H\ Pura < 2$ en 26% versus sólo 2%).

Entre la línea base y el retest a los 4 años, el grupo a largo plazo tuvo un mayor descenso del porcentaje en 22 de los 27 índices de dificultades de adaptación Rorschach que el grupo a corto plazo; de los restantes cinco índices, dos cambiaron igualmente en la frecuencia de porcentaje durante el período de estudio y solamente tres cambiaron a mejor en el grupo a corto plazo ($D < 0$, $3r+(2)/R < .33$ y $T > 1$). En el último test el grupo a corto plazo mostró una menor frecuencia que el grupo a largo plazo en sólo uno de los índices de dificultades de adaptación ($3r+(2)/R < .33$); otros tres tenían la misma frecuencia ($DEPI > 5$, $Zd < -3.0$, $H < (Hd+(H)+(Hd)$); y los restantes 24 eran menos frecuentes en el grupo a largo plazo.

Finalmente, debe señalarse la precisión con la que el Rorschach controla los cambios esperados a través del tiempo en estos pacientes de psicoterapia. De forma consistente con la expectativa basada en la literatura sobre investigación en psicoterapia, los índices Rorschach de dificultades de adaptación se vuelven menos frecuentes en el curso de la participación de estos pacientes en la psicoterapia; la terapia a largo plazo da por resultado una mayor disminución de estos índices que la terapia a corto plazo; los índices de malestar subjetivo disminuyen más rápidamente en la terapia a corto que a largo plazo, mientras la terapia a corto plazo no produce unas mejoras de tan amplio alcance como la terapia a largo plazo; tanto los pacientes a corto como a largo plazo, demuestran un incremento transitorio en índices de un inusual alcance de la introspección durante el curso de su tratamiento. La medida con éxito de estos cambios esperados en las variables Rorschach, presta validez de constructo a su uso para estos y otros propósitos afines.

BIBLIOGRAFIA

EXNER, J. E., Jr. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system..* Vol. 1. *Basic foundations* (2nd ed.). New York: Wiley.

LAMBERT, M. J., SHAPIRO, D. A., & BERGIN, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.); pp. 157-212). New York: Wiley.

LUVORSKY, L., CRIST-CHRISTOPH, P., MINTZ, P., & AUERBACH, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books.

ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.); pp. 311-384).

WEINER, I. B., & EXNER, J. E., Jr. (1988). Assessing readiness for termination with the Rorschach. Presented at the Austen Riggs Conference on Psychological Testing and the Psychotherapeutic Process, Stockbridge, MA, October 14.

***El Rorschach y la pérdida traumática: Configuraciones de respuestas**

Mary S.Cerney

La pérdida, una parte esperada de la vida de todos, puede ser un catalizador que promueve un crecimiento significativo. Pero no todas las pérdidas son iguales, ni afectan a todos de la misma manera. Algunas pérdidas son de tal magnitud e intensidad que los individuos no pueden manejarlas, y por lo tanto, continúan reviviéndolas (Síndrome de Stress Post Traumático) como si a través de intentos repetidos (Freud, 1923/1961) pudiesen dominar lo que inicialmente ha sido tan abrumador. Este estudio, utilizando una muestra de pacientes internas, examina los protocolos de Rorschach de individuos que hablan experimentado pérdida traumática en la infancia o temprana adolescencia y los compara con un grupo de control de individuos que no parecen tener tal historia. Nuestra hipótesis de que las víctimas de traumas tempranos tienen un perfil Rorschach diferenciador, fue validado en el estudio exploratorio. Se precisan más estudios a fin de clarificar si factores distintos de la pérdida traumática pudieran contribuir a este perfil.

La pérdida parece afectar a ciertos individuos más intensamente que a otros. Algunas pérdidas se vuelven abrumadoras debido a su naturaleza, las circunstancias en que ocurren, su *timing*, y/o su multiplicidad. Dado su impacto duradero e incapacitante, los individuos que han experimentado tal pérdida o pérdidas, a menudo llevan el diagnóstico de Síndrome de Stress Post Traumático (SSPT).

La mayoría de los estudios en la literatura que tratan de este síndrome se centran en los problemas vividos por los veteranos de la guerra de Vietnam. Sin embargo, hay otros sucesos igualmente traumáticos tales como la violación, el incesto, la participación forzada en rituales de ciertos cultos satánicos o no, verse involucrado en, o siendo testigo de, crímenes violentos o accidentes y formas de abandono real o imaginario. Tal vez uno de los aspectos más dolorosos de las experiencias traumáticas es el impacto sobre el sí mismo (self), la pérdida de un sentido del sí mismo que se ha poseído antes. Las personas que sufren por tales experiencias, a menudo y justificadamente llevan el diagnóstico de SSPT. Aún cuando otras pérdidas como la de padres, hermanos, amigos, hogar, pueden ser igualmente traumáticas para ciertos individuos, usualmente no reciben ese diagnóstico.

Aunque las experiencias traumáticas pueden ser muy dolorosas, con

*Este artículo ha sido traducido por Vera Campo.

frecuencia son reprimidas de la consciencia. Envueltas por la ambigüedad u ocultas en las profundidades del inconsciente, su efecto se cuele a través de conductas auto-destructivas. Rorschach (1921) y otros (Rapaport, Gill y Schafer, 1968; Shapiro, 1956) supusieron que existe una relación entre el manejo que un paciente hace del color en las manchas de tinta y su conducta afectiva fuera de la situación de test. Sería posible que los lazos inconscientes con un pasado traumático, que continúa influenciando la conducta afectiva actual de un individuo, también pudieran ser revelados en las respuestas al Rorschach? Tal información sería eminentemente útil para el clínico.

El propósito de esta investigación fue de probar si pacientes en un medio hospitalario, que han informado acerca de pérdidas traumáticas, tienen una configuración de respuestas de color y/o contenido, diferente de pacientes que no presentan esta información. La pérdida traumática, para este trabajo, es definida como cualquier experiencia que involucró un asalto al sentido de integridad y auto-valoración de un individuo. Estas pérdidas podrían incluir, pero no se limitan, a las siguientes:

1. Muerte de o daño serio a padres, hermanos, parientes y/o amigos;
2. Incesto, violación, tortura, y otros abusos físicos, verbales y/o sexuales;
3. Ser testigo de violencia perpetrada contra otra persona.

Inicialmente no diferenciamos estas experiencias traumáticas.

Nuestro primer paso en este intento involucró un estudio exploratorio con los dos propósitos siguientes: (1) determinar si había diferencias de color y contenido en el Rorschach entre pacientes con y sin experiencia de pérdida traumática, y si existían diferencias, (2) desarrollar criterios claros que pudieran ser utilizados con fiabilidad. Luego nos preparamos para probar nuestras hipótesis por medio de un estudio piloto, antes de inaugurar el estudio de validación formal.

Estudio exploratorio

El examen de historias clínicas y discusiones con los terapeutas del hospital rápidamente revelaron la identidad de individuos que habían informado acerca de experiencias traumáticas en su niñez o adolescencia. Aunque estas historias contenían pérdidas esperables (por ejemplo, de

padres, hermanos, abuelos), nos sorprendió encontrar en nuestra muestra exploratoria, una alta incidencia documentada de abuso sexual y/o físico. Tales abusos no sólo dañan el sentido del sí mismo y del propio valor, sino también involucran una pérdida de confianza respecto de otros que se espera y se cuenta con que sean confiables. Se pierde sentido de sí mismo y sensación de seguridad, una pérdida inestimable para cualquiera, pero particularmente devastadora para niños y adolescentes.

Debido al hecho que teníamos un grupo tan grande de víctimas de abuso sexual y/o físico entre nuestra población de pacientes, a esta altura limitamos nuestros esfuerzos a un examen de sus protocolos de Rorschach. Sólo se incluyeron mujeres en esta fase del estudio, ya que no pudimos encontrar pacientes masculinos con abuso sexual documentado. Dos diferentes tipos de respuestas emergieron en nuestra investigación. En un grupo hubo un mínimo o ningún uso del color, con un mínimo, si algún contenido de naturaleza marcadamente agresiva u hostil. La respuesta agresiva pudiera ser "cangrejo", o "langosta" (de mar) con poca o ninguna elaboración. En el segundo grupo ocurrió exactamente lo contrario. Abundaban las respuestas dominadas por el color, con contenidos agresivos muy primitivos (por ejemplo, Lámina II: "se parece a 2 cerdos peleando o 2 rinocerontes atacándose sangrando abajo con sangre saliendo de sus narices, probablemente muriéndose, sangrando por todos lados"; Lámina III: "parecen 2 personas que son medio masculinas, medio femeninas, haciéndose pedazos; su cráneo, sacando esto de su cráneo; una mariposa ensangrentada que han sacado de su cráneo").

Luego examinamos los protocolos de 20 pacientes internadas que en base a documentos de sus historias y según la mejor información del "staff", no tenían una historia de abuso sexual y/o físico, ni una pérdida mayor, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos antes de la edad de 16 años (esto es, durante la niñez y temprana adolescencia). Sus diagnósticos (borderline, con una paciente esquizofrénica) y edades (19 a 27 años) eran iguales a las del grupo experimental. Una vez examinados, sus protocolos no contenían una preponderancia de respuestas de color y material agresivo en desproporción al número total de respuestas dado. Aún cuando sus protocolos contenían algunas respuestas que podrían ser rotuladas como hostiles o agresivas, tales respuestas parecían más suaves y moderadas y no tan primitivas y abundantes como en el grupo experimental. Además, las respuestas de color y de agresión no estaban desproporcionadas en cuanto a su número total en el protocolo y tendían a ser dominadas por la forma más que por el color.

Estudio piloto

Antes de embarcarnos en nuestro estudio de validación, decidimos realizar un breve estudio piloto para probar nuestros criterios para detectar la pérdida traumática, prescindiendo de su tipo. Este estudio utilizó los protocolos de Rorschach de 48 pacientes (actualmente en tratamiento en una sección del servicio, y un número igual de pacientes que habían sido tratadas en la misma sección durante los 20 años pasados y de quienes teníamos datos de seguimiento). Estos protocolos fueron codificados y retirados todos los datos de identificación. El código fue colocado en un fichero cerrado junto con los datos identificatorios. Tres clasificadores -un psiquiatra *senior*, un psicólogo *senior* y un *fellow* postdoctoral en psicología clínica - independientemente separaron estos protocolos de Rorschach en dos grupos, de acuerdo con los criterios siguientes, ilustrados en la Tabla 1.

Grupo de pérdida traumática

1. Pacientes cuyos protocolos contienen un mínimo de respuestas de color (3 o menos) y/o cuyos contenidos contienen un mínimo (3 o menos) de respuestas agresivas menores (esto es, cangrejo, langosta, empujando, bombeando) con poca o ninguna elaboración.
2. Pacientes cuyos protocolos contienen un número desproporcionadamente grande (4 o más) de respuestas dominadas por el color y/o cuyos contenidos contienen un número desproporcionadamente grande (4 o más) de respuestas agresivas llamativamente malignas (esto es, mordiendo, destrozando, devorando, etc.).

Grupo sin pérdida traumática

1. Pacientes cuyos protocolos contienen una mayoría de respuestas de color dominadas por la forma; y/o 3 o menos respuestas dominadas por el color.
1. Pacientes cuyas respuestas agresivas aparecen en forma moderada.

Tabla 1

Ejemplos de respuestas con y sin contenidos de pérdida traumática

Contenido de pérdida traumática	Contenido sin pérdida traumática
Grupo 1:	
Un cangrejo (no hay mas elaboración).	Parte superior de un cangrejo y está sacando sus colmillos
Dos cabezas de cocodrilo	Pinzas de un animal aquí arriba
Una langosta	
Grupo 2:	
Sangre salpicada por toda la carretera después de un terrible accidente.	Un monstruo del espacio
Dos canibales feroces pinchando dentro de una olla. Están torturando a alguien ahí dentro al que van a comer. Se ve algo de sangre chorreando en estas manchas	Dos canibales parados cerca de una olla.

Resultados

En la ordenación los clasificadores difirieron en sólo 6 protocolos; estos fueron apartados para un mayor estudio. El amplio número de pacientes (36 de los restantes 42) asignados al Grupo con pérdida traumática con solo 6 pacientes consignados en el Grupo sin pérdida traumática, dieron lugar a cuestiones de validez y utilidad. Nuestra muestra se hallaba predominantemente poblada por individuos que habían experimentado pérdida traumática, o estábamos tocando otro factor que presenta un perfil similar? (la mayoría de estas pacientes tenían un diagnóstico de alguna variante del desorden de personalidad borderline, aunque había cinco pacientes en este grupo diagnosticadas como esquizofrénicas). Antes de proseguir con el estudio de validación, decidimos estudiar nuestros grupos más a fondo. Lo que sigue es un primer paso en el examen del Grupo con pérdida traumática.

Al leer los resúmenes diagnósticos y estudios familiares del grupo, hallamos un número sorprendente de pérdidas múltiples significativas. Estas pérdidas, comparadas con las pérdidas anotadas en las historias clínicas del Grupo sin pérdidas traumáticas se hallan registradas en la Tabla 2.

Tabla 2**Eventos traumáticos para pacientes en los dos grupos: con y sin pérdida traumática**

Evento traumático	Grupo con pérdida traumática	Grupo sin pérdida traumática
Abuso sexual	22	
Abuso físico	25	
Pérdida de padres:	Muerte natural	10
	Muerte accidental	4
Suicidio	3	
Divorcio	16	4
Muerte de abuelos		
Muerte natural	9	8
Accidente	2	
Experimentó accidente violento	2	
Testigo de violencia traumática	2	
Pérdida de compañero(s) de juego por mudanza geográfica	10	2
Sin pérdida aparente	10	

Nota: Estos eventos traumáticos o pérdidas no totalizan el número total dentro del grupo, dado que muchas pacientes tenían más de un evento traumático o pérdida registrados en sus historias clínicas y otras no tenían ninguno.

Las diez pacientes en el Grupo con pérdida traumática que no parecían haber experimentado una pérdida traumática en sus vidas a juzgar por sus historias clínicas hospitalarias, pero que habían sido clasificadas en ese grupo, resultaron enigmáticas. Estas diez pacientes pertenecían mayoritariamente al grupo que ya no estaba hospitalizado y para las cuales poseíamos algunos datos de seguimiento. El examen de las notas psicoterapéuticas incluidas en sus historias y la discusión con cinco psicoterapeutas de estas pacientes, descubrió una información sobrecogedora acerca de abuso sexual, que solamente había emergido después de años de tratamiento y que se desconocía durante su tratamiento como pacientes internas. El protocolo de Rorschach de una de estas pacientes internas contenía algunas de las respuestas más malignas y brutales de toda la muestra: "un monstruo gigantesco clavado en un poste en el medio con dos animales reptando hacia el área de sus brazos, comiéndoselo"; "dos ángeles tratando de separar en pedazos a una persona y ella está gritando y chillando tanto que se está levantando un montón de polvo. Está sangrando por todas partes".

Esta paciente no sólo había sido abusada sexualmente en su niñez y adolescencia, también había formado parte de un culto satánico desde la infancia hasta que su abuelo murió cuando tenía cerca de 12 años, lo que puso término a la involucración de la familia con el culto. El abuelo parecía ser la fuerza dominante detrás de la participación de esta familia en los rituales del culto.

Esta paciente comenzó a recobrar estos recuerdos solamente después de cerca de cinco años de tratamiento, que implicó hospitalizaciones repetidas y psicoterapia intensiva. Una tía de la paciente corroboró esta información, que inicialmente resultó difícil de creer a los terapeutas.

Otra de las pacientes cuya historia no contenía relato alguno de pérdida significativa, había sido abusada sexualmente por los varios "novios" de su madre desde la infancia hasta los 16 años, momento en el que fue a vivir con su abuela. Esta paciente no tenía recuerdo alguno de este abuso. Lo recuperó durante el proceso de terapia de duelo, para la cual había sido referida tiempo después, para ayudarle a elaborar el duelo por la muerte de esta abuela. La madre de la paciente verificó que lo que había emergido durante esa terapia era realmente cierto. Esta paciente experimentó un alivio adicional como resultado de la elaboración (*working through*) de la información producida durante la terapia de duelo. Había sufrido intensos dolores de cabeza desde siempre. Entonces estos dolores desaparecieron y no necesitó más medicación anti-cefalálgica.

Discusión

Los estudios en el área del SSPT tratan principalmente con veteranos de la guerra de Vietnam. Muchos de estos estudios intentan descubrir por qué ciertos individuos expuestos a la misma experiencia no responden de la misma manera. Un factor importante en la predicción de como un individuo en particular podría responder a traumas, es el ajuste pre-mórbido de ese individuo. Horowitz (1976) y Hendin, Pollinger, Singer y Ulman (1981) demostraron cómo factores de personalidad pre-mórbidos y conflictos irresueltos afectan el modo en que los individuos manejan material traumático. Por otro lado, aunque Robins, Davis, y Goodwin (1974) encontraron una relación entre un ajuste pre-mórbido pobre y la persistencia en el abuso de drogas en veteranos del Vietnam licenciados, no encontraron relación alguna entre el ajuste pre-mórbido y la persistencia de síntomas de SSPT. Al estudiar pesadillas entre veteranos de la guerra de Vietnam, van der Kolk,

Blitz, Burr, Sherry, & Hartman (1984) y van der Kolk (1985) encontraron que la adolescencia y la naturaleza de las relaciones objetales durante “esta segunda fase de individuación” (Blos, 1979, p.142) afectaba profundamente el cómo respondían a sus experiencias durante esta guerra. Si los adolescentes son tan profundamente afectados por su inmadurez, entonces ¿cuál es el efecto sobre niños pequeños que están en el proceso rudimentario de formar una identidad y que aun no son capaces de pensar a nivel abstracto?

Una de las preocupaciones mayores a las que se enfrenta la población hoy en día, es la violencia del abuso físico y sexual. A medida que la población se ha vuelto más aceptadora del hecho que la violación realmente ocurre y que los individuos pueden ser abusados físicamente sin culpa propia alguna, se está percatando más del abuso infantil y de sus secuelas a largo plazo. Durante muchos años las víctimas de la violación eran doblemente victimizadas al convertirse (generalmente las mujeres) en individuos marcados, evitados y culpados por lo que les había sucedido. El daño a sí mismas estaba compuesto por la pérdida de seres queridos, amigos y *estatus*. Se solía creer más a sus acusadores que a ellas mismas. Después de experimentar culpa por “haber precipitado el evento” y de ser psicológicamente dañadas, les es difícil reganar su autoestima perdida y continuar con una dirección vital satisfactoria. Las pérdidas que estos individuos vivieron son múltiples.

De la misma manera, no se creía a los niños que tenían el coraje de informar acerca de abusos porque “cómo es que padres amantes o maestros/as dedicados podían hacer cosas tan horribles a sus niños”. Más a menudo que lo contrario, tenían miedo de informar a sus padres lo que amigos, hermanos o aún abuelos confidentes habían hecho, porque temían la retaliación de estos individuos, o temían por la vida de sus padres. Algunos niños, para poder manejarse, disociaron (split-off) esta área dolorosa de su vida, lo que puede señalar el alza aguda en el diagnóstico de desorden de personalidad múltiple. Otros precintaron la experiencia en la profundidad de su inconsciente, a no ser recordado. Aún otros vivieron con un secreto terrible, no fácilmente revelable.

Estas experiencias, no obstante, continúan afectando a sus víctimas de maneras múltiples y destructivas, hasta que son reconocidas y trabajadas y la experiencia es colocada en su perspectiva apropiada. Una vez que la experiencia infantil ha sido reconocida, cuidadores les pueden formular un plan de tratamiento efectivo. Sin embargo, queda la pregunta de qué pasa con aquellos individuos que han sellado su experiencia en las profunda-

des del inconsciente y que ellos mismos no recuerdan? Tales cuestiones a menudo son reveladas muy tardamente en el tratamiento, si lo son (por ejemplo, las dos pacientes citadas en este estudio, junto con tres pacientes adicionales no descritas, en quienes se encontró que habían sido abusadas sexualmente en su infancia). Es posible detectar la presencia de abuso temprano o el impacto de otras pérdidas traumáticas precozmente para que los programas de tratamiento pudieran ser diseñados más efectivamente? Para alertar a terapeutas a manejar estas cuestiones subyacentes y, consecuentemente, para que todo el esfuerzo terapéutico fuese más exitoso? Nuestro estudio está comenzando a sugerir esa posibilidad.

Renik (1981) notó que "Un evento psicológicamente traumático tiene su efecto porque despierta impulsos que espantan y las ansiedades generadas por ellos. El individuo traumatizado es proveído de percepciones reales que corresponden demasiado estrechamente a la fantasía inconsciente" (p.177). Cuando estos eventos suceden a niños durante sus años formativos, los eventos debilitan, si no destruyen, los mismísimos fundamentos de su pensamiento y su sentido de sí mismos. Antes de tener la habilidad para diferenciar entre lo que es real y lo que no lo es, y en una época cuando su pensamiento se caracteriza por ser tan concreto, sus pensamientos más aterradoros se convierten en una realidad. Un dolor tan insostenible no puede ser tolerado. El recuerdo de estas experiencias tuvo que ser enterrado dentro de la psiquis humana donde son casi irre recuperables y sólo pueden ser traídos a la superficie en el momento apropiado, cuando la psiquis es suficientemente fuerte para habérselas con esta información. Es difícil comprender como los adultos podían pensar que tales eventos y experiencias no causarían un severo daño psicológico.

Más recientemente Kowitt (1985), al aclarar la relación entre eventos traumáticos y el conflicto intrapsíquico en la formación de símbolos Rorschach, manifestó que "los eventos traumáticos no ocurren en aislamiento, sino que son inevitablemente atraídos hacia y se convierten en parte de los conflictos y fantasías prevaletentes, actuales en la estructura de la personalidad" (p.21). Para niños muy jóvenes, eventos traumáticos pueden formar la base del mismísimo conflicto nuclear dentro de la estructura de la personalidad, donde la culpa irresuelta ligada al evento fomenta un estilo de vida auto-destructivo, que parece no responder a la intervención terapéutica.

Una discusión con J.Allen (comunicación personal, 10 febrero 1990) acerca del fenómeno hallado en esta fase preliminar del estudio, sugirió

que el paciente puede ser traumatizado por el Rorschach. Este trauma activa la emoción alrededor del trauma inicial precipitando una respuesta caracterológica de retraimiento aterrorizado, cortando toda expresión de hostilidad (poco o ningún color y escasa, si algunas, respuestas agresivas) o de activación de la rabia y furia que había sido originalmente suprimida debido a la vulnerabilidad del niño/a. La paciente citada anteriormente, que no sólo había sido abusada sexualmente repetidas veces sino que también había sido parte de los rituales sádicos del culto, era una mujer joven muy encantadora, de maneras suaves, cuyo protocolo de Rorschach como paciente interna de modo alguno se equiparaba con su comportamiento.

La presencia de tantas pacientes borderline en el Grupo con pérdida traumática, plantea la cuestión de si la pérdida traumática juega un papel importante en la formación de síntomas de tales pacientes. O si en el síndrome borderline hay algo que es revelado a través de un perfil similar con independencia de la pérdida. El examen de las historias clínicas revela la presencia de pérdidas en la mayoría de las historias utilizadas. En el presente, el papel que juega en la formación de síntomas es muy poco claro, pero la pérdida que acompaña al abuso sexual parece ser claro en las respuestas de los protocolos de las pacientes que hemos examinado.

Muchas preguntas están emergiendo al observar los datos que precisan un estudio más intenso, antes de acometer nuestro estudio de validación. En este punto, es de particular interés para nosotros el examen de los individuos en el Grupo con pérdida traumática que, de acuerdo con sus historias clínicas, no han sufrido tal pérdida. Aunque es más fácil seguir el rastro de pérdidas debidas a muerte, divorcio, o a algún fenómeno natural, otras pérdidas, tales como las debidas al abuso sexual y físico, ahora son relatadas más abiertamente aun cuando vacilantemente. Esto no era así cuando nuestros individuos de la muestra con seguimiento se hallaban en tratamiento. Porsupuesto, en la época en que estaban en terapia, el abuso sexual y la participación en actividades de cultos eran prácticamente desconocidos y en general muy raros (ahora no estamos tan seguros de ello). Con todo, sigue siendo difícil documentar tal experiencia, y la información dada por pacientes psiquiátricos no siempre es fácilmente creída. Tal vez deberíamos estar más dispuestos a considerar algo de la información concerniente al abuso que nos revelan. Lo que les ha sucedido es que su sentido de realidad ha sido dañado al serles dicho tan a menudo que están mintiendo, sólo inventando cuentos. Sería útil algún método adicional de verificación, pero de no ser asequible, necesitamos estar abiertos a lo que nos relatan.

Si la posibilidad de experiencia traumática pudiera ser determinada a partir de protocolos de Rorschach, se podrían crear programas de tratamiento más efectivos para habérselas con tales traumas y capacitar a los pacientes para atender a estas cuestiones más directamente. Aún con lo útil que sería esa información, no estamos preparados a dar el salto de que podemos detectar abusos sexuales tempranos en protocolos de Rorschach. Todavía hay demasiadas posibilidades y explicaciones que dar en nuestros hallazgos preliminares actuales para ser muy definitivos, y que fuesen tan provechosos para los clínicos. Se necesitan emprender y completar más estudios, más refinados, con muestras más grandes.

BIBLIOGRAFIA

- BLOS, P. (1979) *The Adolescent Passage*. New York: International Universities Press.
- FREUD, S. (1961) Remarks on the theory and practice of dream interpretation. In J. Strachey (Ed. and Trans.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp.108-121). London: Hogarth.
- HENDIN, H., POLLINGER, A., SINGER, P. & ULMAN, R. (1981). Meanings of combat and the development of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1490-93.
- HOROWITZ, J. (1976) *Stress Response Syndromes* (2nd.ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- KOWITT, M. (1985). Rorschach content interpretation in post-traumatic stress disorders: a reply to Carr. *Journal of Personality Assessment* 49, 21-24.
- RAPAPORT, D., GILL, M. & SCHAFER, R. (1968). The Rorschach test. In R.R. Holt (Ed.), *Diagnostic Psychological Testing*. New York: International Universities Press (pp.268-463).
- RENIK, O. (1981). Typical examination dreams, "superego dreams", and traumatic dreams. *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 159-189.
- ROBINS, L., DAVIS, D. & GOODWIN, D. (1974). Drug abuse by U.S. Army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home. *American Journal of Epidemiology*, 99, 235-49.
- RORSCHACH, H. (1921). *Psychodiagnostics*. New York: Grune & Stratton.
- SHAPIRO, D. (1956). Color-response and perceptual passivity. *Journal of Projective Techniques*, 20, 52-69.
- VAN DER KOLK, B. (1985). Adolescent vulnerability to posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*, 48, 365-70.
- VAN DER KOLK, B., BLITZ, R., BURR, W., SHERRY, S. & HARTMANN, E. (1984). Nightmares and trauma: A comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares in veterans. *American Journal of Psychiatry*, 141, 187-90.

Acerca de los contenidos, defensas y relaciones objetales borderline

Vera Campo y Nancy Vilar

(con la colaboración estadística de Francisco Galan)

La discusión continuada entre rorschachistas respecto de la delimitación y características del desorden de personalidad borderline (Exner 1986, Blatt 1988, Farris 1988 y Lerner 1988) nos llevó al estudio de 40 protocolos de Rorschach seleccionados en base a la presencia de respuestas simbióticas (Kwawer 1980). La muestra fue dividida en dos grupos: SCZI 1-3 y 4-6, siguiendo a Campo y Vilar (1989) que encontraron que Chi-cuadrado diferenciaba significativamente ($p < 0.05$) al grupo simbiótico en lo que concierne al índice SCZI (1-3 vs. 4-6), y que el grupo con el índice más alto daba significativamente más fenómenos especiales y más contenidos simbióticos. Sin embargo, ninguno de los sujetos de la muestra tenía un diagnóstico clínico previo de esquizofrenia ni mostró patología esquizofrénica posterior. La hipótesis de este estudio es que el análisis de las defensas (Lerner y Lerner, 1980) y de las relaciones objetales (Urist, 1977) diferenciaría ambos grupos y asimismo los diferenciaría de un grupo control de no-pacientes y de esquizofrénicos. Se supone, además, que los sujetos con el índice SCZI más alto (5 y 6) correspondería a los "borderline schizophrenics" de Blatt (1988).

Leichtman (1989) en una última revisión del concepto borderline, asegura que aventurarse en este área es "errar por un campo de batalla" y exponerse a un peligroso "bombardeo" generalizado. Sin embargo, nos atrevemos a correr el riesgo en un nuevo esfuerzo por entender un poco más ese campo de batalla; así enfocamos el problema no desde una óptica psiquiátrica, ni del diagnóstico clínico, sino desde un aspecto más restringido: partimos de los *contenidos* prototípicos descritos por Kwawer (1980), Timsit et al (1976), Sugarman (1980), Jubany y colab. (1987), Lanzillota y Paz (1977), etc., y estudiamos las defensas y relaciones objetales siguiendo a Lerner y Lerner (1980) y a Urist (1977). Asimismo incluimos el índice de esquizofrenia del Sistema Comprensivo (SCZI, Exner 1990), ya que nos intriga el problema de los falsos positivos en nuestra población con contenidos simbióticos.

De los contenidos del Rorschach seleccionamos las respuestas de animales, objetos o personas *fusionadas, pegadas o fundidas*, contenidos de fetos, partos y aquellos que aluden directamente a la *separación*.

A partir de esta definición de la "respuesta borderline", hemos recogido una muestra de 40 protocolos de Rorschach (26 mujeres y 14 hombres entre 18 y 51 años de edad, todos de clase social media) que fueron elegidos *sólo* en función de la presencia, como mínimo de más de una "respuesta borderline". Algunos eran no-pacientes y entre los pacientes ninguno fue diag-

nosticado de esquizofrenia y no presentaba un cuadro de desorganización psicótica ni mostró indicios de ella posteriormente (superior a dos años); sus diagnósticos clínicos eran de diferentes trastornos de personalidad.

Como mostramos en un trabajo anterior (Campo y Vilar, 1989), los contenidos borderline *no* definen el cuadro borderline, hecho asimismo señalado por otros autores (Timsit et.al., 1976; Sugarman, 1980).

También comprobamos en ese trabajo que el índice de esquizofrenia y el número de respuestas borderline aumentaban paralelamente, es decir, a mayor significación del índice (SCZI=4, 5 y 6) mayor número de dichas respuestas (mayor de 3).

Este hecho nos llevó a suponer que los sujetos de nuestra muestra podrían ser identificados por el tipo de defensas borderline descritas por Lerner y Lerner (1980), especialmente aquellos que tienen un mayor número de esas respuestas. Y también que mostrarían relaciones de objeto más primitivas, en comparación con sujetos no-pacientes y se diferenciarían, al mismo tiempo, de sujetos esquizofrénicos.

Respecto de la primera hipótesis -que habría más defensas borderline en los sujetos con un alto índice SCZI-, una vez analizados los 40 protocolos de la muestra según la Escala de Lerner y Lerner (1980) respecto de las defensas más utilizadas por los borderline -pero incluyendo en este análisis respuestas de contenido animal (de acuerdo con Cooper, Perry y Arnou, 1988) y objetos, además de los humanos-, y comparados con un grupo control (similar en edades y nivel social) de 40 protocolos de no-pacientes, y a su vez con 30 esquizofrénicos ambulatorios (diagnosticados independientemente por el DSM-III), hemos encontrado (Chi cuadrado) que una vez dividida la muestra en dos grupos: SCZI 1-3 vs SCZI 4-6, estos dos subgrupos difieren significativamente ($p < 0.001$) entre sí, del grupo control y de los esquizofrénicos. Los sujetos con SCZI 4-6 dan *más defensas borderline* que los sujetos con un índice menor, que los esquizofrénicos y por supuesto, que el grupo control. Esta observación corresponde a todas las defensas por igual (splitting, devaluación, idealización, identificación proyectiva y negación). Con todo, donde más se parecen estos sujetos a los esquizofrénicos es en el uso de la identificación proyectiva y la negación.

Concerniente a las relaciones de objeto (MOA de Urist, 1977), segunda hipótesis -que habrá más relaciones objetales más negativas y primitivas en los sujetos con un alto índice SCZI-, *no* se hallaron diferencias significa-

tivas con respecto a las relaciones paralelas, narcisistas y “devoradoras” (números 2, 4 y 7), pero *sí* respecto de las restantes relaciones (dep.<0.002 para el número 1, de p.<0.05 para el número 3, de p.<0.002 para el 3-4, de p.<0.05 para el número 5 y de p.<0.001 para el número 6).

Es necesario aclarar aquí, que hemos creado la categoría “3-4” aparte, ya que en las definiciones de Urist no aparecen ejemplos que correspondan a figuras humanas fusionadas; aún cuando, tal vez, pudiera ser equiparada con la relación dependiente, la número 3.

En otras palabras, los sujetos con un alto número de respuestas borderline y alto índice SCZI, se diferencian significativamente de los demás grupos por cuanto tienen *a la vez, más* respuestas de reconocimiento de la autonomía del objeto (relación N.º 1) y *siempre más* respuestas dependientes (N.º 3), fusionadas (N.º 3-4), controladoras (N.º 5), destructivas y parasitarias (N.º 6).

Es también interesante recalcar que el tipo de relación fusionada, o sea la respuesta borderline, apenas aparece en el grupo esquizofrénico. El hecho de que se halle ausente en el de los no-pacientes, creemos se debe solamente al azar, ya que nuestra muestra con contenidos simbióticos incluye algunos no-pacientes, como fue mencionado antes. Asimismo quisiéramos recordar que en otro trabajo, Campo, Galan, Rovira y Vilar, 1989, también se observó que en un grupo de pacientes con respuestas de reflejo, los contenidos simbióticos no son frecuentes.

Detallando algo más, quisiéramos añadir, en relación al apartado de relaciones objetales, que básicamente en lo que difieren nuestros sujetos con el índice SCZI alto y acumulación de respuestas borderline, de los esquizofrénicos, es en su *capacidad para mantener relaciones objetales autónomas al lado de relaciones más primitivas.*

Durante esta investigación nos han surgido varios interrogantes en cuanto a los instrumentos utilizados. En primer lugar, respecto a la Escala de Defensas Borderline, nos parece que no queda conceptualmente clara la diferencia entre la Devaluación 5 y la Negación 3, ya que, por definición, parecen apuntar a un mismo fenómeno: las respuestas INCOM. Los autores no aclaran este punto suficientemente, en nuestra opinión. Y en segundo lugar, existen respuestas con nivel formal ordinario en las cuales, sin embargo, la identificación proyectiva parece evidente, por ejemplo: Lámina I: “Dos manos que vienen a por mí. (Interrogatorio) Dos manos aquí arriba

que vienen a por mí”(D1). Lámina I: “Podría ser un vampiro que me mira fijamente y está en posición de atacarme y chuparme la sangre”. Lámina V: “Estos parecen dos niños siameses unidos por la espalda, que les falta una pierna a cada uno, unidos aquí por el objeto central que podría ser el diablo así que los abraza (gesto) y se los lleva” (se trata de una CONTAM).

Concluyendo, queremos destacar: a) la importancia de los *contenidos* borderline para el diagnóstico diferencial, ya que *acumulados*, pueden alcanzar una especial potencia diferenciadora; mientras que su aparición aislada indicaría la existencia de una problemática simbiótica que puede *no* coincidir con una estructura de personalidad borderline. Y b) la dificultad para distinguir entre una tal estructura y la esquizofrenia desde el punto de vista del índice SCZI; ello nos lleva a pensar en el concepto de “borderline schizofrenia” de Blatt y Auerbach (1988) y aconseja cuidado en su interpretación (especialmente cuando el SCZI es de 5 ó 6 y aparecen más de 3 respuestas borderline), o sea, en tal caso se trataría de *falsos positivos*. Esto coincide con nuestra experiencia clínica, cuando el índice SCZI aparece vinculado a una marcada problemática de separación-individuación, que sugiere la necesidad de ser cauteloso en la interpretación del índice en estos casos.

BIBLIOGRAFIA

- BLATT, S. J. y AUERBACH, J. S. (1988). Tres tipos de pacientes borderline y sus respuestas diferenciales a los tests psicológicos, *Rev. de S.E.R.Y.M.P.*, 27-38.
- CAMPO, V., GALAN, F., ROVIRA, F. y VILAR, N. (1989). Breve aportación al estudio de los fenómenos especiales en pacientes narcisistas comparados con pacientes fronterizos. Trabajo presentado en el XI Simposio Nacional de S.E.R.Y.M.P., Barcelona.
- CAMPO, V. y VILAR, N. (1988). Las respuestas borderline y otros fenómenos especiales. Trabajo presentado en el XI Simposio Nacional de S.E.R.Y.M.P., Barcelona.
- COOPER, S., PERRY, J. & ARNOW, D. (1988). An emprical approach to the study of defence mechanisms: I. Reliability and preliminary validity of the Rorschach defence scale, *Journal of Personality Assessment*, 52, 187-203.
- EXNER, J. E. (1988). Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad, *Rev. de S.E.R.Y.M.P.*, 1, 9-26.
- JUBANY, H. L., GRASSI, I., y SOBREDO, M. (1987). Acerca del diagnóstico diferencial del desorden de personalidad borderline. Presentado en el XII Congreso Internacional de Rorschach y Métodos proyectivos, Brasil.

KWAWER, J. (1980). Primitive interpersonal modes, borderline phenomena and Rorschach content. En *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*. (Kwawer, Lerner, Lerner y Sugarman, Eds.) New York: International Universities Press, pp.89-105.

LANZILLOTA, B. A. y PAZ, C. A. (1977). Estructuras y estados fronterizos en el Test de Rorschach. En *Estructuras y/o Estados Fronterizos en Niños y Adultos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LERNER, P. M. y LERNER, H. D. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. En *Borderline Phenomena and the Rorschach Test* (Kwawer, Lerner, Lerner y Sugarman, Eds.). New York: International Universities Press, pp.257-274.

LEICHTMAN, M. (1989). Evolving concepts of borderline personality disorders, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 229-249.

SUGARMAN, A. (1980). The borderline personality organization as manifested on psychological tests. En *Borderline Phenomena and the Rorschach Test* (Kwawer, Lerner, Lerner y Sugarman, Eds.). New York: International Universities Press, pp.39-58.

TIMSIT, M., DONNAY-RICHELE, J. y RUSTIN, M. (1976). Contribution a l'étude de la structure borderline: Rorschach d'étudiants en architecture. *Acta Psychiatrica Belge*, 76, 385-414.

URIST, J. (1977). The Rorschach Test and the assessment of object relations, *Journal of Personality Assessment*, 41, 1, 3-9.

Los datos normativos del Rorschach presentados por Exner son válidos para la población europea *in extenso*?

Ensayo con una población portuguesa.

Danilo R. Silva, Rosa Novo y Nina Prazeres

El presente estudio de carácter normativo muestra las medias de las variables y las relaciones entre variables del Rorschach según el Sistema Comprensivo de John E. Exner, Jr., concerniente a una centena de protocolos de adultos -55 mujeres y 45 hombres- con edades comprendidas entre 19 y 38 años y nivel escolar superior. Los resultados obtenidos son analizados y comparados con los datos normativos de Exner (1986). A continuación se examinan las diferencias encontradas, discutiéndolas y derivando de ellas las pertinentes consecuencias.

En el tercer volumen del *Comprehensive System* consagrado a la evaluación de niños y adolescentes, publicado en 1982 por Exner y Weiner, se aborda en algunas palabras (en el capítulo tres, p. 50) y a propósito de los datos normativos en esos dos grupos de edad, la cuestión de la utilidad transcultural de las normas establecidas: "La medida en que esta muestra también representa a niños de una distribución geográfica mucho mas amplia...". En ese momento los estudios que pudiesen sancionar tal utilidad eran -y a nuestro saber- siguen siendo poco frecuentes. Sin embargo, esos escasos estudios permitían encarar favorablemente el problema de la consistencia transcultural de las normas americanas, porque las diferencias reveladas no parecían importantes.

En la segunda edición del primer volumen del *Comprehensive System*, 1986, Exner no aborda el problema de la transculturalidad de las normas presentadas. En el XII Congreso Internacional de Rorschach celebrado en Brasil, 1987, Concepción Sendin presentó su trabajo "Datos normativos en sujetos españoles al test de Rorschach: Un estudio transcultural". En ese trabajo, en el que la muestra estaba constituida por 294 sujetos de ambos sexos, sin historial psiquiátrico, la autora presenta los resultados para 43 variables. Entre ellas, cuatro tienen valores medios con diferencias significativas respecto de las norteamericanas: P, X+%, Afr y Lambda.

En nuestro estudio nos hemos interrogado acerca de la utilidad de las

*Este artículo ha sido traducido por Vera Campo.

normas norteamericanas en el análisis y la interpretación del Rorschach en los países europeos. Podemos servirnos de ellas tranquilamente y sin ninguna duda? En Lisboa a menudo nos hemos visto sorprendidos por ciertos datos normativos y no los podemos considerar más que apartados de nuestra realidad. Los resultados que vamos a presentar confirman que nuestros interrogantes se hallan bien fundados.

La muestra

Se compone de 43 hombres (30 años de edad media) y 57 mujeres (22 años de edad media), de nivel educativo superior. En la formación de esta muestra no hemos respetado el criterio de ausencia de historial psiquiátrico. Todos los sujetos ejercían sus actividades corrientes. Es por lo tanto posible que en uno u otro caso el grado de equilibrio o ajuste mental no sea siempre normativo.

Procedimiento

La pasación del Rorschach no fue uniforme. La técnica de administración de Exner ha sido utilizada con la casi totalidad del grupo femenino. Los otros protocolos fueron obtenidos de acuerdo con las consignas y el método de la escuela francesa. Con todo, nos hemos cuidado de eliminar los protocolos en los cuales ciertos detalles de la administración se excluyen en el procedimiento de Exner.

Para la mayoría del grupo masculino la administración tuvo lugar en el contexto de una selección profesional. Otros diez sujetos son voluntarios. En el grupo femenino, la casi totalidad eran estudiantes de psicología en la Universidad de Lisboa, todas voluntarias.

Los resultados

El tiempo del que disponemos no nos permite un análisis profundizado de los datos obtenidos. Nos limitaremos a llamar la atención sobre los que nos parecieron los más destacados. Dicho esto, presentaremos sucesivamente la tabla de Populares, de los datos estadísticos para 66 variables del Rorschach y finalmente la tabla concerniente a algunos elementos de localización.

Tabla 1**Tabla de Populares**

Lámina	LOCALIZACION	1/3 %	1/6 %
I W	Mariposa*	40	
I W	Murciélago	38	
II W	Figuras humanas o parahumanas		17
II D1	Animales (perro, conejo, oso, elefante)		29
II D3	Mariposa		20
III D1 o D9	Humanos*	75	
III D3	Lazo		24
III D3	Mariposa		21
IV W o D7	Figura humana o para-humana		27
V W	Murciélago	45	
V W	Mariposa*	35	
VI W	Piel de animal		25
VII D1 o D9	Cabeza (humana o representación de)	58	
VII D3	Cabeza de animal(cerdo, oso, lobo, etc.)		22
VIII D1	Animal*	84	
IX —	—		—
X D8	Animales, 2 (arañas, cangrejos, escarabajos, insectos, ratones, extraterrestres en general con antenas y patas)		33
X D1	Arañas		26

En la Tabla de Populares hemos incluido las respuestas que satisfacen los dos criterios más frecuentemente adoptados, el de Rorschach, seguido por Exner, de una respuesta en cada tres protocolos, y el de M. Hertz de una respuesta en cada seis protocolos. Advertimos en lo que concierne al criterio más exigente, la ocurrencia de 8 respuestas populares, 7 de ellas coincidiendo con las de la lista de 13 presentada por Exner. La octava es la popular de la Lámina X, al D8 (gris superior), por otra parte presente en la lista francesa. Siempre de acuerdo con ese criterio, no hemos encontrado las respuestas populares a las Láminas II, IV, VI y IX. En este sentido debemos agregar que, en dos otros estudios sobre las respuestas populares en el Rorschach, nuestros colegas Isabel Fernandes (1977) y Abel Pires (1987), no han hallado más que cuatro populares cada uno (las señaladas por un asterisco en la Tabla 1); la mariposa y el murciélago de la Lámina I no sobrepasaron el 32% para I. Fernandes.

Si ahora pasamos al segundo criterio, 1 en 6, encontramos cuatro de las seis populares de Exner, ausentes en la columna izquierda; esto es, las formas animales (D1) de la Lámina II, la figura humana o para-humana (W

o D) en la Lámina IV, la piel de animal (W) en la Lámina VI, y las arañas (D1) en la Lámina X. Dos populares de esa lista siguen sin figurar en la nuestra: los perceptos humanos o para-humanos (D3) de la Lámina IX, por otra parte presentes en la lista de I. Fernandes con una frecuencia del 20%, y el cangrejo (D1) de la Lámina X.

Por el contrario, hemos retenido 5 respuestas que cumplen el criterio de 1 en 6 y que son:

Lámina II	W	Figuras humanas o para-humanas	17%
Lámina II	D3	Mariposa	20%
Lámina III	D3	Lazo	24%
Lámina III	D3	Mariposa	21%
Lámina VII	D3	Cabeza de animal	22%

La "mariposa" de la Lámina III se encuentra también en la lista de I. Fernandes y la "cabeza de animal" de la Lámina VII se encuentra asimismo en ese estudio como en el de A.Pires, con el mismo 17%.

El hecho que aún respetando el mismo criterio de Exner no hayamos encontrado más que 8 respuestas populares, sólo 7 de las cuales pertenecen a su lista, pensamos no puede quedar sin consecuencias. Teniendo en cuenta esta observación es que se tendrá que comprender la media de populares de 4.31 hallada en nuestra muestra, totalmente alejada de la media de 6.66 de Exner.

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos

Normas del Rorschach para 100 casos. Número de variables: 66

N.º de variable	Variable	Media	Desviación tipo	Mínimo	Máximo
1	R	23.3600	12.6447	12.0000	80.0000
2	P	4.3100	1.2925	2.0000	8.0000
3	W	9.0000	4.6947	2.0000	27.0000
4	D	14.4400	8.4463	1.0000	42.0000
5	Dd	4.9200	5.5608	.0000	30.0000
6	S	3.4300	3.3971	.0000	18.0000
7	DQ	6.1500	4.1424	.0000	25.0000
8	+	.9900	1.3371	.0000	8.0000
9	DQv/+	18.7200	9.5770	5.0000	51.0000
10	DQO	2.5000	2.7285	.0000	12.0000
11	DQV	.2700	.5096	.0000	2.0000
12	FQ+	13.9000	4.9777	5.0000	32.0000
13	M	9.8600	6.9773	.0000	33.0000
14	Ma	4.0400	3.1267	.0000	18.0000
15	Mp	3.4600	2.9074	.0000	15.0000
16	M-	1.5700	1.5059	.0000	9.0000
17	FM	1.8900	2.0592	.0000	11.0000

Estadísticos Descriptivos (continuación)

N.º de variable	Variable	Media	Desviación tipo	Mínimo	Máximo
18	M-	.4900	.8703	.0000	5.0000
19	FM	3.3700	2.8165	.0000	23.0000
20	m	1.5000	1.5859	.0000	6.0000
21	a	4.0600	3.2962	.0000	28.0000
22	P	4.2700	3.2345	.0000	16.0000
23	FC	1.7800	1.6972	.0000	7.0000
24	CF	2.1500	1.7487	.0000	8.0000
25	C	.3300	.8047	.0000	5.0000
26	Wgt-SumC	3.5200	2.3730	.0000	12.0000
27	Sum-C	2.0800	2.0135	.0000	11.0000
28	FT+TF+T	.5300	.7447	.0000	3.0000
29	FV+VF+V	.9000	1.3295	.0000	9.0000
30	FY+YF+YSum-	17.400	1.6491	.0000	6.0000
31	SH	5.2500	3.7481	.0000	19.0000
32	Fr+rF	.4200	1.1298	.0000	7.0000
33	(2)	9.0800	5.3667	.0000	30.0000
34	FD	.2800	.5140	.0000	3.0000
35	F	13.4200	8.0831	.0000	40.0000
36	Zf	13.5700	5.7353	4.0000	40.0000
37	Zd	-1.1550	4.9776	-17.5000	15.0000
38	EA	6.9800	4.0756	1.5000	26.0000
39	es	10.1200	6.1681	.0000	37.0000
40	D-Score	-.9700	1.7083	-9.0000	2.0000
41	ADJ-D	-.3500	1.2663	-6.0000	3.0000
42	Afr	.6117	.2977	.2300	1.8900
43	3r+(2)/R	.3701	.1539	.0800	1.0700
44	Lambda	1.0702	.8272	.0000	4.8000
45	Blenda	.1391	.1043	.0000	.5000
46	X+%	.5321	.1337	.2900	.8700
47	F+%	.5377	.2143	.0000	1.0000
48	x-%	.1383	.0827	.0000	.3900
49	Pure-H	2.2700	2.2646	.0000	11.0000
50	S-Const	5.0500	1.6598	1.0000	9.0000
51	SCZI	1.7900	1.0759	.0000	5.0000
52	DEPRI	1.8300	1.2477	.0000	5.0000
53	DV	.8400	1.0320	.0000	5.0000
54	DR	.1300	.5801	.0000	5.0000
55	INCOM	.5400	.8459	.0000	5.0000
56	FABCOM	.3200	.6337	.0000	3.0000
57	ALOG	.0000	.0000	.0000	.0000
58	CONTAM	.0000	.0000	.0000	.0000
59	SUM6SPSC	1.8300	1.7527	.0000	10.0000
60	WSUM6	3.5900	3.9800	.0000	20.0000
61	AG	.6300	.8367	.0000	3.0000
62	CONFAB	.0000	.0000	.0000	.0000
63	CP	.0200	.1407	.0000	1.0000
64	MDR	1.530	1.4387	.0000	7.0000
65	PER	1.4300	1.6773	.0000	9.0000
66	PSV	.0900	.2876	.0000	1.0000

Pasando ahora al examen de esta Tabla, ante todo remarcamos la variable R , número de respuestas. La media, 28.36, es muy alta, pero es de señalar que ese valor posee una desviación tipo también muy alta, que atestigua la gran dispersión de las R . Por otro lado, la incidencia de protocolos con un número muy alto de respuestas sin duda contribuye a la elevación de ese valor. De hecho tenemos 14 protocolos que sobrepasan un R de 39, límite máximo en las normas de Exner, y 7 con un R de 12 ó 13 respuestas. Es evidente que estando tan elevada la media de R , los otros valores medios experimentarán su influencia.

Ante la falta de tiempo resaltaremos algunas particularidades: ya subrayamos que la media de P (4.31), cercana a la hallada por Sendín en España (5.11) es inferior a la de Exner (6.66)*.

Si ahora observamos las variables relativas a la calidad formal de las respuestas, las diferencias no pueden más que sorprendernos:

FQ+	.27	contra	.87	de Exner
FQo	13.90	contra	17.19	de Exner
FQu	9.86	contra	2.94	de Exner
FQ-	4.04	contra	1.30	de Exner

En porcentajes esto da:

X+%	53	contra	80	de Exner
Xu%	34	contra	14	de Exner
X-%	13	contra	06	de Exner

En este momento ignoramos el verdadero sentido de estas medias que solamente podrán aclarar otros estudios. Con todo quisiéramos subrayar nuestro convencimiento de que en Portugal y muy probablemente en Europa, no hallaremos valores tan elevados como los norteamericanos. Sendín nos aporta un X+% de .73, significativamente inferior al .80 de Exner. Dicho sea de paso, ella halló un valor realmente "ejemplar" de .01 para el X-%. Por otra parte, lo que deseamos resaltar como elemento varias veces encontrado, y en nuestra opinión lleno de significación transcultural, es el valor del Xu%. Nosotros obtuvimos el .34, Sendín el .26, contra

* Nota del Editor: Y similar también a la hallada en Cataluña por Larraz y Valero <Media: 5.02, D.T.:1.39. (Ver nuestra revista n.º 1, 1988).

el .14 de Exner. Ahí, creemos, está la marca europea de una menor adhesión a lo convencional en relación con los americanos.

Con respecto a las respuestas de *movimiento*, no hay diferencias importantes. Por el contrario, las medias de los movimientos activos y pasivos (4.06 y 4.27), son bien diferentes de las de Exner (6.25 y 2.70). En este momento no podemos aclarar el sentido de este dato*.

Un aspecto que nos sorprendió vivamente es la media de la suma SH (sombreado) de 5.25, bastante más alta que la esperada. Sobrepasa ampliamente la de Exner: 3.81, y la de Sendín, por otro lado muy reducida: 1.96. Notarán que es sobre todo la presencia de *C'*; 2.08 contra 1.31 de Exner, la que contribuye a este aumento. A propósito de esto podemos decir, asimismo, que en un conjunto de 90 protocolos de niños de 7 años de edad, encontramos 31 con por lo menos 1 *R C'*; mientras que la frecuencia de las respuestas de sombreado permanece claramente por debajo de la mitad de las *R C'*. Pero otro aspecto asimismo nos sorprendió: el hecho de que entre las respuestas de sombreado, las respuestas *T* sean las menos frecuentes y tan poco frecuentes: .53 contra 1.16 de Exner. Por el contrario, la media de las respuestas de difusión, *Y*, 1.04, es netamente más alta que la de Exner: .98. Se trata de un aspecto que reencontramos en el grupo de niños ya mencionado, donde tenemos 11 protocolos con respuestas *Y*, contra 3 con respuestas *T*. Otra cuestión que requiere aclaración por medio de nuevos estudios.

Un último elemento que deseamos poner en evidencia es la media de *Lambda*: 1.07. Sendín, en España, encontró 1.63. Estos dos valores de *Lambda* son mucho más elevados que el valor de .59 obtenido por Exner. Consideramos este factor como un elemento también característico de las poblaciones europeas. Y que nos perdonen el atrevimiento de esta presunción.

Otras variables seguramente merecerían ser puestas en evidencia, como la *Constelación del Suicidio* o el DEPI. Sin embargo, no queremos

* Nota del Editor -que no se pudo reprimir-: ¿Seremos cognitivamente más flexibles también?

** Nota del Editor: No se ha incluido la información respecto de los detalles usuales (D) hallados a diferencia de y no hallados en comparación con la lista de Exner, debido a dos razones: 1) la falta de espacio y 2) la relatividad de los resultados a la vista del número limitado de sujetos de la muestra.

entrar en especulaciones dudosas porque pueden derivarse en menor o mayor grado de nuestra muestra y, sobre todo, porque el tiempo no lo permite**.

Conclusión

Creemos que el análisis presentado, por breve que haya sido, nos ha enseñado, netamente, que las normas establecidas por Exner y sus colaboradores para la población de los Estados Unidos de Norteamérica, no deben ser aplicadas sin más en nuestros países europeos. Algunos de nuestros hallazgos hasta nos hacen pensar en la existencia de diferencias reales entre países europeos, advertibles a través de cualquier variable o conjunto de variables del Rorschach. Lo que sí podemos aplicar muy bien entre nosotros *in extenso*, es todo el camino recorrido por Exner, con miras a recolocar el Rorschach en su lugar. Un camino hoy en día mucho menos escabroso que él mismo encontró, y comenzar por el comienzo, es decir, por el establecimiento de normas. Este es, en nuestra opinión, el referente fundamental de todos los estudios sobre y con el test de Rorschach.

BIBLIOGRAFIA

BECK, S. J. (1967). *Le Test de Rorschach*, I. Paris: PUF.

EXNER, J. E. & WEINER, I. B. (1982). *The Rorschach: A Comprehensive System. III: Assessment of Children and Adolescents*. New York: Wiley.

EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System, I* (2da. ed. revisada). New York: Wiley.

FERNANDES, I. B. (1977). Contribuição para uma Lista Portuguesa de Respostas Banais no Psicodiagnóstico de Rorschach. *Rev. Port. de Psicol.*, VI (1), 285-303.

PIRES, A. A. (1987). O Teste de Rorschach na Avaliação Psicológica: Fundamentação, Validade e Estudo Normativo na População Portuguesa. Mimeografia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

SENDIN, M. C. (1987). Datos Normativos en Sujetos Españoles al Test de Rorschach: Un Estudio Transcultural. Dactilografado oferta do autor.

SILVA, D. R. (1989). Análise do Rorschach de Tres Grupos de Crianças Portuguesas no Termo do 1o. ano de Escolaridade. No prelo.

Pubertad y somatización: Estudio a través del Rorschach

Juan Díaz Curiel

Se estudian los indicadores emocionales y alexitímicos así como la preocupación corporal de una muestra de preadolescentes en cuyo motivo de consulta psicológica se alude a problemas de índole somático. Se analizan 15 variables del Sumario Estructural del Sistema Comprensivo de Exner para la evaluación de dicho Test (FC, CF, C, AFR, S, M, EA, F+%, BLENDS, LAMBDA, FRACASOS, POPULARES, R, AN y C'). Comparadas con un grupo normativo, las variables que permiten distinguir los distintos grupos patológicos parecen agruparse en la categoría descrita como Pensamiento operatorio y Alexitimia: R, F+% y EA discriminan entre el grupo de asmáticos y el de abdominalgias, cefaleas y anorexia. La preocupación corporal, como correlato del momento evolutivo preadolescente y como hipótesis de la tendencia a la somatización en este periodo en la muestra estudiada, no se confirma de forma significativamente distinta a los púberes de la población normal.

Introducción

Entre los motivos de consulta principales o secundarios con los que los preadolescentes acuden en petición de ayuda psicológica, se encuentran con frecuencia problemas de índole somática. De la totalidad de los pacientes que acudieron al Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de enero a octubre de 1986, remitidos por el pediatra (n=32), Servicio de Urgencias (n=2), directamente (n=11) y otros medios (n=5) y con edades comprendidas entre los doce a los catorce años, el 58% presentaba síntomas psicósomáticos. En la evaluación diagnóstica y en los Tests Projectivos no se apreciaron perturbaciones psicóticas o excesivamente graves de la personalidad, permaneciendo el conflicto del paciente dentro de unos niveles neuróticos.

Uno de los objetivos de este trabajo de características exploratorias debido al número reducido de la muestra, es plantear que las alteraciones somáticas en la pubertad tienen una importancia considerable para la comprensión de la patología en la preadolescencia, y por otro lado analizar el valor que tiene la somatización en dicho periodo.

Los modelos teóricos de la Psicósomática Infanto-juvenil que sustentan la validez de este trabajo son:

a) Modelo estructuralista (Ajuriaguerra, 1976), que expresa que las enfermedades psicósomáticas se caracterizan por una desorganización

Agradecimientos: a Enrique Munat por su inestimable ayuda en el apoyo informático y procesos de datos a Alejandro Avila por sus puntualizaciones en la presentación final de esta investigación y a Pedro Pérez por su contribución, estímulo y enseñanza del Rorschach.

somática pasajera o permanente cuya génesis o desarrollo comporta un determinismo de orden psicológico, ya sea actual o regresivo, que pone en evidencia desorganizaciones psicobiológicas precoces.

b) Modelo Psicossomático evolutivo (Cobo, 1984) que aborda la psicossomática infantil desde la triada:

1. Partiendo del concepto de somatización, o concretización en el cuerpo (a través de quejas, algias, síntomas somáticos) de tensiones psicológicas.

2. Situando a la somatización como una respuesta dentro del contexto y en asociación con otras posibilidades reactivas del niño (ya sea por medio del comportamiento o de la mente).

3. Enfatizando no la desorganización, sino la formación de la génesis de las funciones.

c) Modelo pediátrico-psicoanalítico (Kreiser, 1981), que considera a la psicossomática como una concepción doctrinal y patogénica que acepta e incluye los factores psíquicos en el determinismo o desarrollo de las enfermedades somáticas, pero que a su vez excluye a un gran número de manifestaciones somáticas del campo de la psicossomática.

d) La DSM-III-R (1987), y la ICD-9, Cod. 306, 307, 316 (1978) que entiende a los trastornos somatoformes como todos aquellos en los que se encuentran factores psicológicos que han contribuido a la aparición o exacerbación de los síntomas o enfermedades, estén o no acompañados de daños tisulares.

Ciertas características son mencionadas por la mayor parte de los autores con respecto a un gran número de enfermedades psicossomáticas (René Spiegel, 1968):

- a) Número de respuestas reducido.
- b) Pocas respuestas de movimiento y en general pocas respuestas humanas, pero con un incremento de respuestas animales
- c) Tendencia a respuestas CF y C
- d) Coartación

Bratt-Ostergaard (1956), señala que los niños psicossomáticos dan un número de M reducido y un alto Cf+C. Alcock (citado por López Sánchez, 1990); da importancia en una muestra de asmáticos a la presencia de contenidos amenazantes y una marcada perturbación ante el color. Spelman y Singer (1961) encuentran asimismo en una muestra de 121 pacientes la presencia de variables relacionadas con la dependencia y la ansiedad

manifiesta. Vogt et al. (1979) destacan la coartación como variable más significativa en un grupo de enfermos adultos psicossomáticos. Krath y Lienert (1973) concluyen que la estructura de personalidad denominada de "pensamiento operatorio" o "alexitimia" es específica en casos determinados de pacientes con sintomatología psicossomática. Romano (citado por López Sánchez, 1990) sintetiza las siguientes características de pacientes psicossomáticos en los tests proyectivos: 1) Temor a la pérdida de control, a la disociación y a la pérdida de conciencia de la realidad. 2) Dificultades para establecer relaciones personales afectivas. 3) Temor a no poder adaptarse a un medio ambiente distinto del habitual. 4) Empleo defensivo de una restricción del campo de intereses existenciales. 5) Dificultad para hacerse cargo de la realidad. 6) Tendencia a actitudes estereotipadas. 7) Escasa capacidad para fantasear ante el estímulo de las láminas. Weiner (citado por Rovira, 1983) selecciona las siguientes variables que facilitarían el trastorno psicossomático: 1) Movimiento humano y respuestas de color bajos. 2) Respuestas de movimiento animal aumentadas. 3) Aparición de respuestas anatómicas, de claroscuro y color acromático. Para Wagner y Williams (1975) las respuestas anatómicas diferían significativamente en el grupo de psicossomáticos con respecto al grupo control. Strober y Goldenberg (1981) estudiando el trastorno de la imagen corporal en un grupo de anoréxicas, concluyen que dan respuestas en variables que tienen que ver con la falta de solidez del objeto representado. Timsit (1984) en su revisión de la literatura sobre el Rorschach y Psicossomática enfatiza la importancia de dos variables: número de populares alto y F+% elevado. Rausch de Traubenberg y Sanglade (1984) señalan que en la estructura de personalidad de adolescentes psicossomáticos se puede destacar: 1) Una inadecuada representación del self y b) dificultades en el manejo de la agresión. Guidetti et al. (1986) en su estudio de niños y preadolescentes con una historia de migraña común encontraron las siguientes características: 1) Inhibición intelectual. 2) Inhibición de la actividad psicomotora y la agresión. 3) Shock kinestésico. 4) Inhibición de los afectos (M/Sum C). 5) Inadecuación de los mecanismos de defensa frente a la ansiedad (F-% alta). 6) Prevalencia de características fóbicas. 7) Uso masivo de la represión (presencia de fracasos y shock al color rojo). Koptagel et al. (1985) ponen de manifiesto las siguientes características de 58 pacientes con enfermedad de Behcets a través del Rorschach: 1) Yo empobrecido. 2) Tendencias regresivas. 3) Trastornos de la imagen corporal. 4) Ansiedad elevada. 5) Dificultades de adaptación social. 6) Trastorno en la evaluación de la realidad. 7) Dificultad en la expresión de los afectos y de las emociones. Campo (1988) señala, en una de sus conclusiones del estudio de una población infantil entre 5-11 años con manifestaciones corporales, las siguientes características: 1) Afr bajo. 2)

Presencia en todos ellos de 2 o más C'. 3) EB ambivalente o indeciso. Asimismo destaca un grupo de "psicosomáticos", que tiende a ser más tenso, menos estereotipado (A% menor), con mejor contacto con la realidad, menos opositorista y con menor necesidad de sentirse cerca de otras personas. Son poco productivos y menos meticulosos.

En conclusión, y siguiendo a Bash (1986) los grupos de estudios con el Test de Rorschach no nos llevan muy lejos. En general "El Síndrome Psicossomático" que se traduce en muchas investigaciones, consiste en un tipo vivencial coartado, ausencia de movimiento y respuestas de color adaptativas diferenciadas, pobre originalidad y espontaneidad, pero manteniendo un control formal rígido. Esto también puede encontrarse en otros desórdenes no necesariamente neuróticos. Las investigaciones de Rorschach no confirman que el pensamiento operatorio o la alexitimia tenga una relación específica con la enfermedad psicossomática, aunque tampoco lo refuta. No muestran un Síndrome común a todas las enfermedades psicossomáticas ni variables específicas de una sola enfermedad. El gran valor del Rorschach es que está ligado a la estructura interna de cada paciente individualmente. En esto no tiene rival.

Método

Sujetos

La población estudiada está compuesta por 36 sujetos (18 varones y 18 mujeres), seleccionados al azar, con edades comprendidas entre los 12-14 años ($X=12,9$) que acuden al Servicio de Psiquiatría Infantil de la Fundación Jiménez Díaz (Clínica de N^a Sra. de la Concepción) entre los años 1980-86, y en cuyo motivo de consulta manifiestan síntomas de índole somático. Las patologías quedan en un principio agrupadas de la forma siguiente: Anorexia (N=9); Tics (N=5); Abdominalgias (N=4); Cefaleas (N=4); Asma (N=4); Alergias respiratorias (N=2); Alopecias (N=2); Enuresis (N=2); Encopresis (N=1); Taquicardias (N=1); Lipotimias (N=1); Somatizaciones múltiples (N=1), todas ellas pertenecientes a los trastornos somatoformes y en cuya génesis o exarcebación de los síntomas han influido factores psicológicos. Posteriormente se realizó un nuevo agrupamiento de las patologías, eliminando los grupos en los que aparecían un número de sujetos igual o menor a dos, quedando agrupadas las patologías de la forma siguiente:

- a) Anorexia (N=9)
- b) Alergias y asma (N=6)
- c) Tics (N=5)
- d) Abdominalgias (N=4)
- e) Cefaleas (N=4)

En la evaluación diagnóstica y psiquiátrica no se encontraron alteraciones graves de la personalidad, en ninguno de los sujetos de la muestra.

El grupo control está formado por 140 sujetos normales de edades comprendidas entre los 12-14 años correspondientes a la población americana, estudiados por Exner y su grupo y de los cuales sólo se conocen los estadísticos correspondientes de las distintas variables del Sumario Estructural de Rorschach (Medias, Desviación Típica, Varianza, Frecuencias, etc.). Teniendo en cuenta que el trabajo presente tiene como objetivo el estudio de grupos clínicos y el estudio de la relación de los distintos subgrupos con patología psicósomática que lo conforman, y no tanto la comparación con la población normal, se utiliza los estadísticos del grupo normativo sólo como referencia, por lo que los resultados han de ser tratados con cautela debido a la ausencia de un grupo normativo en la población española. En todo caso siempre es un punto de partida para posteriores investigaciones.

Procedimiento de evaluación

Los sujetos de la muestra fueron evaluados por psicólogos que estaban haciendo la especialidad de psicología clínica en el Servicio de Psiquiatría, con experiencia en Tests Proyectivos y supervisados por el psicólogo responsable de la Sección de Psicología (D. Pedro Pérez García). A todos los sujetos se les pasó una batería de Tests Proyectivos en la cual se incluía el Test de Psicodiagnóstico de Rorschach. El Sistema empleado para la valoración e interpretación del mismo corresponde al Sistema Comprensivo de Exner (1974, 1978, 1982, 1990).

De la totalidad de variables que en la actualidad comprende el Sumario Estructural de Exner (1990), se han seleccionado para este estudio 15 que pueden tener que ver con el funcionamiento psicósomático y la tendencia a la somatización. Las variables se han agrupado en tres categorías:

A) CLUSTER DE AFECTO:

FC

CF

C pura

Afr

S

Determinantes múltiples

B) INHIBICION DEL MUNDO DE LA FANTASIA Y EMPOBRECIMIENTO. ALEXITIMIA.

M (Suma de respuestas cooperativas y agresivas)

EA

F+%

L

P alto

Fracasos

R

C) TENDENCIA A LA CONTENCION AFECTIVA Y PREOCUPACIONES CORPORALES

An

C'

Análisis de los datos

En el estudio de las variables del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach se han empleado los siguientes estadísticos:

1. Prueba de Z, para el estudio de la significación de las variables con un grupo control (N=125) de edades comprendidas entre los 12-14 años.
2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov: estudio de la normalidad de las variables seleccionadas en el grupo experimental.
3. Análisis Multivariante (MANOVA): para estudiar si existen diferencias significativas entre los distintos subgrupos patológicos.
4. Prueba de Scheefer: para el análisis de la interacción de las variables discriminativas entre los diversos grupos patológicos.

Resultados

De las 15 variables, en la comparación entre el grupo patológico (preadolescentes con manifestaciones psicósomáticas) y un grupo normativo (Exner, 1982) con edades de 12-14 años, que aparecen estadísticamente significativas son: FC, CF, Afr, S, Blends, M, EA, F+%, R, con un nivel de significación del 0.001. En tres se encuentran diferencias significativas con $Z < 0.05$: C, P y L. Sum C' no da significativa. Por último An y Fracasos no se han podido estudiar por ausencia de datos en las mismas en el grupo normativo (Tabla I).

La prueba de Kolmogorov-Smirnov refleja una distribución normal en las siguientes variables del Sumario Estructural del Test de Rorschach en el grupo patológico: CF, Afr, S, M, F+%, L, P, y R. Las variables FC, C, Blends, EA, Fracasos, An y C' no tienen una distribución normal.

El análisis multivariante (Manova) entre los distintos grupos y variables agrupadas en las tres categorías: Cluster de Afectos, Alexitimia y Preocupación corporal, indica una diferencia significativa en al menos dos grupos en la categoría de Pensamiento operatorio y Alexitimia (M, EA, F+% y R) (Tabla II), a un nivel de significación del 90%, obtenidas por tres estadísticos distintos (Test de Pillars, Hotellings y Wilks). En el primer grupo correspondiente al Cluster de Afecto, en ninguna de las tres pruebas presentadas por el MANOVA se puede rechazar la hipótesis de que no existan diferencias significativas, por lo que se puede concluir con un nivel de confianza del 90%, de que no existen diferencias importantes entre los cinco grupos tomando el Cluster de Afecto. En el tercer grupo, correspondiente a la preocupación corporal y contención afectiva, tampoco se producen diferencias significativas al 90%, en ninguno de los tests presentados.

Analizadas las distintas variables de esta categoría mediante la prueba de Scheefer se obtienen los siguientes resultados (Tabla III): el grupo de asma + alergia se consolida como un grupo robusto significativamente distinto con respecto a los grupos de abdominalgias, cefaleas y anorexia, pero no con el de tics. La variable R con un nivel de significación del 90% parece ser la que nos diferencia de forma muy consistente al grupo de asmáticos + alérgicos de las abdominalgias y las anorexias. La variable F+% discrimina entre el grupo de Asma con Anorexia y Cefaleas a un nivel de confianza del 70% y de Abdominalgias al 80%. Por último, EA diferencia entre Asma y Cefaleas a un nivel de confianza del 70%.

Discusión

De acuerdo con los autores mencionados, la alexitimia (dificultad en expresar las emociones) puede ser evaluada a través del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach. Las variables seleccionadas en este trabajo que pueden tener que ver con el funcionamiento psicosomático y la tendencia a la somatización parecen agruparse de forma significativa para diferenciar a patologías descritas clásicamente por la literatura como psicosomáticas (asma) y otras somatizaciones estudiadas en esta muestra, tales como las abdominalgias, cefaleas, anorexias y tics. La variable R (nº de respuestas) analizada en el grupo de asmáticos, puntúa muy por encima del resto de los sujetos de los otros grupos con manifestaciones psicosomáticas. Por un lado indicaría una mayor capacidad de producción, lo que les acercaría al grupo normativo, y una menor coartación que el resto de los grupos estudiados. Por

otro lado es el grupo con más dificultad de adaptación a la realidad medida a través de la variable F+%. Este dato es significativo ya que los sujetos de nuestra muestra aparecen con una buena adaptación a la realidad, medida tanto por esta variable como por el número de respuestas populares (P).

Otros dos datos son importantes de destacar: el primero y contrariamente a la literatura descrita en el Rorschach en niños con tendencia a la somatización, no aparecen respuestas C' (contención afectiva) de manera significativamente distinta al grupo normativo. Esta explicación lineal, basada en el supuesto de que si un sujeto no puede expresar sus sentimientos y afectos es más probable que los exprese a través de los síntomas psicósomáticos, parece cuestionable en la preadolescencia, donde existe una represión muy marcada de la vida psíquica y una escasa movilidad en la misma. En este sentido la población estudiada no difiere de la población normal, por lo que es posible que el cuerpo del niño o niña que somatize durante la pubertad, responda a una preocupación por su propio cuerpo, pero dentro de los límites de la normalidad. El segundo dato es la ausencia de respuestas An (anatómicas) en casi todos los sujetos de la muestra. Este dato también ha sido descrito en la literatura como preocupación corporal, y característico de sujetos hipocondríacos y psicósomáticos. La no presencia de An en esta muestra plantearía la posibilidad de una hipótesis a nivel de una intensa represión que también englobaría al ámbito del propio cuerpo (El nº de fracasos en nuestra muestra es considerable, aunque este ítem no ha podido ser contrastado con el del grupo control).

¿Qué tipo de estructura de personalidad reflejarían los datos de esta muestra obtenidos a través del Test de Psicodiagnóstico de Rorschach?. Puede resumirse en los siguientes parámetros:

1. Bloqueo afectivo severo
2. Escasa capacidad para la utilización de los recursos deliberadamente iniciados por el sujeto.
3. Ausencia de indicadores de ansiedad y preocupación por el cuerpo.
4. Buen control y ajuste a la realidad
5. Ausencia de indicadores patológicos severos, tales como el descontrol impulsivo (presencia de C pura).

Dentro del momento evolutivo de la preadolescencia, la normalidad en la personalidad se traduce en muchos casos en una represión y negación del

mundo psíquico y una búsqueda a través de la acción y la descarga motriz de los equivalentes psicológicos. Es cierto que no es la edad caracterizada preferentemente por la introspección y el interés psicológico. A través de sus acciones, narraciones, juegos, etc. podemos comprender gran parte de sus preocupaciones. Lo que parece característico del estudio de esta muestra con manifestaciones psicósomáticas no es la desinhibición psicomotriz, sino todo lo contrario: una represión masiva centrada en el cuerpo unida a una pobreza ideativa y una inhibición generalizada en la utilización de sus recursos, tanto intelectuales como afectivos. El cuerpo pasa a tener un valor preponderante como forma de expresión de conflictos, como somatización de la ansiedad o bien como trastornos pasajeros de la preadolescencia, sin que podamos confirmar que los sujetos que consultan psicológicamente por problemas de tipo somático, manifiesten una preocupación por el cuerpo mayor que los sujetos normales, aunque su funcionamiento mental reflejaría características descritas clásicamente en la literatura como Pensamiento operatorio (Marty, David y M'Uzan, 1963) y Alexitimia (Sifneos, 1967).

Tabla 1

Comparación del grupo experimental (N = 36) con un grupo normativo (N = 125, Exner 1982) Análisis de varianza.

Variables (N=15)	Estadístico				
	Grupo Patológico		Grupo Normal		Z<
	Media	Varianza	Media	Varianza	
FC	8333	1.286	2.03	1.29	**
CF	1.083	1.393	2.33	1.41	**
C	333	743	41	12	*
Afr	449	047	73	02	**
S	1.778	3.263	89	18	
Blends	1.917	3.621	3.92	1.98	**
M	1.611	2.587	3.13	1.41	**
EA	1.861	5.733	7.15	10.75	**
F+%	68.30	374.04	83.0	8.00	**
L	1.112	1.327	73	01	*
Fracasos	194	218	—	—	—
Populares	5.167	4.771	6.08	5.95	*
R	16.88	35.58	20.62	22.94	**
An	694	1.075	—	—	—
SumC*	583	936	62	44	NO

Z= Nivel de significación (**=<.001; *=<.05). —= Sin datos G.N.(Grupo normativo)

De las 15 variables (Tabla 1) comparadas entre el grupo de preadolescentes con manifestaciones psicósomáticas y los resultados aportados por

Exner para la población americana (N=140) y con edades comprendidas entre los 12-14 años, aparecen 9 estadísticamente significativas al nivel de confianza $Z < 0.001$ (FC, CF, Afr, S, Blends, M, EA, F+% y P). En dos variables (L y C) el nivel de significación es $Z < 0.05$. Por último la variable C' no discrimina entre ambos grupos. En Fracazos y An no se cuenta con datos normativos en el grupo control.

Tabla 2

Análisis Multivariante. Manova. (Grupo Experimental)

Categorías de las Variables (N=13)	Nivel de significación %
CLUSTER DE AFECTO	75
PENSAMIENTO OPERATORIO Y ALEXITIMIA	90
PREOCUPACION CORPORAL Y CONTENCIÓN AFECTIVA	80

Analizando conjuntamente las 15 variables estudiadas (Tabla 2), observamos que sólo las que pertenecen a la categoría de Pensamiento operatorio y Alexitimia (M, EA, F+%, L, Fracazos, Populares y R) nos permite afirmar con un nivel de confianza del 90% a través de los tres estadísticos: Pillars, Hotellings y Wilks, que existe diferencias entre los cinco grupos. Las otras dos categorías: Cluster de Afecto y Preocupación corporal/Contención afectiva, a un nivel de confianza del 75% y 80% respectivamente, no nos permite rechazar la hipótesis de que no existen diferencias.

Tabla 3

Análisis de la Interacción de las variables. Test de Sheeffe

ANOREXIA	ASMA	TICS	ABDOMINALGIAS	CEFALEAS
ANOREXIA				
ASMA	R*** F+%*		R*** F+%**	F+%* EA*
TICS				
ABDOMINALGIAS				
CEFALEAS				

Nivel de significación: *** (90%); ** (80%); * (70%)

La Tabla 3 refleja las variables estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 90%, 80% y 70%. El grupo de Asma aparece como el más consistente en la variable R (90%) en relación con Anorexia y Abdominalgias. La variable F+% discrimina entre el grupo de Asma con Anorexia y Cefaleas a un nivel de confianza del 70% y de Abdominalgias al 80%. Por último, EA diferencia entre Asma y Cefaleas a un nivel de confianza del 70%.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. de (1976). *Manual de Psiquiatría Infantil*. 1ª ed., Toray-Masson, Barcelona.
- ACKLIN, M. W., BERNAT, E. (1987). Depression, alexitimia and prone pain disorder: a Rorschach study. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 462-479.
- ALI, S. (1982). *Cuerpo Real, Cuerpo Imaginario*. Paidós, Buenos Aires.
- AVILA, A. (1986). Técnicas proyectivas. En A. Blanco, *Apuntes de Psicodiagnóstico*, Promolibro, Valencia, 354-413.
- BASH, K. W. (1986). Psychosomatic diseases and the Rorschach test. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 350-357.
- BAUDUI, A., GEUBELLE, F. (1969). Mode of expression in asthmatic children. *Rev. Neuropsychiatr. Infant*, 17(6), 361-71.
- BLOS, P. (1985). *Los Comienzos de la Adolescencia*. Amorrortu, Buenos Aires.
- BRATT-OSTERGAARD, N. (1956). Are there characteristics formal Rorschach constellations given by psychosomatic children?. En *Rorschach Studies V: Proceedings of the Third International Rorschach Congress in Rome 305-324*. Huber, Bern und Stuttgart.
- BUENO, M., DIAZ CUIEL, J. (1990). El Test del dibujo de la familia en una muestra de preadolescentes con sintomatología psicósomática. *II Congreso Nacional de Psicólogos*. Valencia, C.O.P., Tom VII, 324-328.
- CAMPO, V. (1988). Manifestaciones psicósomáticas: respuestas anatómicas y disociación. Acerca del significado de respuestas anatómicas en niños con manifestaciones corporales. En *Los Niños y el Rorschach*, Ed. Promolibro, Valencia.
- COBO, C. (1983). *Paidopsiquiatría Infantil*. Ed. Roche, Madrid.
- DE VOS, G. (1962). A quantitative approach to affective symbolism in Rorschach responses. *Journal of Projective Techniques*, 16, 133-150.
- DSM-III (1983). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona.
- EXNER, J. E. (1978). *Sistema Comprensivo de Rorschach*. Pablo del Rio, Madrid.
- GONTHIER, G. (1986). Le Rorschach pendant l'adolescence et les modifications évolutives: a propos de l'obésité et de l'anorexie mentale. *Bulletin de Psychologie*, 39 (11-15), 667-670.
- GUIDETTI, V., MAZZEI, G., OTTAVIANO, S., PAGLIARINI, M., PAOLELLA, A. SERI, S. (1986). The utilization of the Rorschach test in a care-controlled study. *Cephalgia*, 62, 87-93.
- HANDLER, L., REYHER, J. (1965). Figure drawing anxiety indices: a review of the literature. *Journal of Projective Technique*, 29, 305-13.
- KAUFMAN, R. V.; HERSCHER, B. (1971). Body image changes in teenage diabetics. *Pediatrics*, 48(1), 123-8.
- KOPTAGEL, I.; TUNCER, O.; ENBIYAOGU, G.; BAYRAMOGLU, Z. (1983). A psychosomatic investigation of Behçet's disease. *Psychother Psychosom*, 40 (1-4), 263-71.
- KRAUTH, J., LIENERT, G. (1973). *The Configuration and Frequency Analysis*. Albert, Freiburg and Munchen.

- KREISLER, L., FAIN, SOULE, M. (1982). *El Niño y su Cuerpo. Amorrotu*, Buenos Aires.
- KREISLER, L. (1985). *La Desorganización Psicósomática en el Niño*. Ed. Herder, Barcelona.
- LEVITT, E., TRUUMAE, A. (1972). *The Rorschach Technique with Children and Adolescents*. Grune-Straton, New York.
- LOPEZ SANCHEZ, J. M. (1990). Resúmenes de Patología Psicósomática. *Círculo de Estudios Psicopatológicos*, Granada.
- MARCELLI, D., BRACONIER, A., AJURIAGUERRA, J. DE (1986). *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Toray-Masson, Barcelona.
- MARTI, F., DIAZ CUIEL, J. (1987). Los padres en el contenido de los sueños en la preadolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, 3, 107-123.
- MARTY, P., de M'UZAN, M., DAVID, C. (1963). *L'Investigation Psychosomatique*. Presses Universitaires Françaises, Paris.
- MARTY, P. (1982). Los procesos de somatización. *Rev. de Psicoterapia y Psicósomática*, 4/5.
- NEMIAH, J., SIFNEOS, P. (1970). *Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process*. Butterworth, London.
- PEGOURIE, Ch., SIEYE, A. (1987). Etude comparée de l'évolution de l'agressivité et des processus de mentalisation dans deux populations d'adolescents asthmatiques et débiles légers a través le Rorschach. *Psychologie Médicale*, 19(4), 505-509.
- RAUSCH de TRAUBENBERG, N., SANGLADE, A. (1984). Representation de soi et relation d'object au Rorschach: grille de representation de soi: analyse comparée des resultats d'adolescents malades psychiques et malades somatiques. *Revue de Psychologie Appliquée*, 34(1), 41-57.
- SPEISMAN, J., SINGER, M. Rorschach content correlates in five groups with organic pathology. *Journal of Projective Techniques*, 25, 356-9.
- SPIEGEL, R. (1968). A comprehensive study of the Rorschach using two patients groups with rheumatoid arthritis. *Dissertation Philosophie I*. Sandoz, Zurich.
- STROBER, M., GOLDENBERG, I., GREEN, J., SAXON, J. (1979). Body image disturbance in anorexia nervosa during the acute and recuperative phase. *Psychological Medicine*, 9 (4), 695-701.
- TAVORMINA, J. B., KASTNER, L. S., SLATER, P. M., WATT, S. L. (1976). Chronically ill children. A psychological and emotionally population. *Journal Abnormal Child Psychology*, 4(2), 99-110.
- TIMSIT, M. (1984). Test di Rorschach e patologia psicósomatica. *Studi Rorschachiani*, 1, 59-81.
- VOGT, R., BURCKSTRUMER, G., ERNST, L., MEYER, K., VON RAD, V. (1977). Differences in phantasy life of psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 98-105.
- VOGT, R., THOMAS, G., WIRSCHING, M. (1986). Specificity of pensee operateire in psychosomatic disorders. *Psychoter Psychosom Med Psychol*, 35(6), 160-6.
- WAGNER, E. E., WILLIAMS, L. (1975). Comparison of Rorschach anatomy responses from psychosomatic out-patients and a matched group of psychiatric controls. *Percep. Mot. Skillis*, 40 (2), 483-6.

Cartas al Editor

Este espacio sigue en blanco y es de suponer que por el momento puede ser interpretado como una señal de aprobación silenciosa...

Notas y Noticias

El XIII Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Proyectivos tuvo lugar por segunda vez en la ciudad de París. El lugar elegido: el Palacio de la Unesco. La asistencia fue importante, algo más de quinientos profesionales provenientes de diversos países.

El procedimiento elegido para la organización respecto al programa científico fue algo llamativo; suprimieron los comités científicos que de acuerdo a las lenguas oficiales del Congreso habían funcionado anteriormente. Bastaba enviar un abstract. Los trabajos aceptados se elevaron a 336. Este sistema, que simplifica enormemente la labor organizadora, conlleva el riesgo de incluir trabajos que no siempre están a la altura científica que se supone deberían reunir las comunicaciones en un congreso internacional. Al tiempo que, al tenerse que distribuir tan elevado número de trabajos en tantas salas, resultaba imposible poderse hacer cargo (mediante asistencia) de la mayoría de los temas expuestos por interesantes que los temas y/o expositores pudieran ser. Este funcionamiento nos lleva a plantearnos un interrogante ante reuniones de esta importancia: cantidad versus calidad o viceversa?

En segundo lugar comentaremos un hecho que nos resulta preocupante. A nuestro entender un congreso internacional es fundamentalmente *internacional*. Leyendo la distribución representativa por países, este congreso más bien nos parecía hecho para franceses y norteamericanos. Como sea que las cosas son como son, pensamos que España, que es un país pujante en el campo del Rorschach en donde decenas de Rorschachistas actualmente están trabajando muy bien, debería de alguna manera cambiar su política y hacerse más presente a nivel internacional. España presentó 25 trabajos científicos, pero tanto nuestra lengua (con poco peso en estos ámbitos), como la falta de publicaciones y por tanto de conocimiento directo de lo que aquí hacemos, resultaron un impedimento para obtener una representatividad que tradujera nuestra realidad.

Los próximos tres años la presidencia de la Sociedad Internacional del Rorschach continuará siendo básicamente francesa y un algo norteamericana-

na. Por experiencia propia sabemos lo difícil que nos ha resultado siempre conseguir la inclusión del español como una lengua oficial del Congreso; las razones que recibíamos giraban alrededor "...pero bueno, qué ha aportado o aporta el español en este campo?" Nos parece que sólo con hechos podremos en el futuro sentirnos más cómodos.

Nos resulta imposible en esta corta reseña, señalar trabajos y autores, a causa del elevado número de ponencias. Sin embargo quisiéramos destacar la presencia del Dr. Leopoldo Bellak, que a pesar de su edad avanzada, estuvo presente para conmemorar los cincuenta años de vida del C.A.T. Presentó su reciente aportación al T.A.T. en una inclusión, de acuerdo a los tiempos, de nuevas láminas para las personas de la tercera edad. Su vitalismo y creatividad nos resultaron muy gratificantes y alentadores.

El programa social fue resuelto a través de la oferta comercial de agencia. París es una ciudad sobrada de atractivos para que siempre resulte estimulante el visitarla.

Ahora estamos a la espera de la aparición de la Rorschachiana, en donde veremos publicados los trabajos (previa selección) del Congreso. El próximo, en 1993, en Lisboa. Fecha que supondrá la total integración europea..

Comentado por Montserrat Ros

El nuevo Comité de la Sociedad Internacional de Rorschach y Métodos Projectivos:

Presidente	Nina Rausch de Trautenberg (Francia)
Vice-presidente 1	John.E.Exner (USA)
Vice-presidente 2	Elizabet Sorribas (Argentina)
Secretario	Meyer Timsit (Bélgica)
Tesorero	Trudi Finger (Suiza)
Miembros "at large"	Mary Cerney (USA), Zahid Mahmood (Inglaterra), Frida Rossel (Suiza), Anne Sanglade (Francia).
Editor de Rorschachiana:	Irving B.Weiner (USA)
Representante (delegado) de los miembros individuales:	Danilo R. Silva (Portugal).

Asimismo es del interés de todos saber que dos nuevos miembros de nuestra Sociedad, han presentado sus Tesis Doctorales. Ellos son Ana Tuset cuyo tema fue: Análisis de las respuestas al Test de Rorschach de un grupo de sujetos afectados de un primer infarto de miocardio; y Montserrat Ros: La vulnerabilidad del Test de Rorschach y del MMPI en relación a la depresión simulada. Enhorabuena!

Respecto de las actividades de la Sociedad Catalana, cabe anotar en primer término que se ha renovado su Junta Directiva, actualmente constituida por:

Presidente	Carmen Amorós
Secretario	Marisa García
Tesorero	Roser Izquierdo
Vocal	Francesc Rovira
Vocal (Coordinador de Enseñanza)	Francisco Galán

Otras importantes actividades de esta Sociedad son: la próxima (antes de fin de año) publicación del nuevo *Manual del Sistema Comprensivo* (tercera edición revisada, 1990). Respecto de las actividades científicas, en las reuniones mensuales se trabajaron los temas de narcisismo y la depresión en la adolescencia. Asimismo se presentaron dos libros: *Los Niños y el Rorschach* de la Dra. Vera Campo (Valencia: Promolibro, 1988) y *El Juego, los Niños y el Diagnóstico. La Hora de Juego*, del Dr. Alberto Campo y Cristina Ribera (Barcelona: Paidós).

Finalmente cabe mencionar una nueva actividad, las conferencias clínicas abiertas, en las cuales se trataron los siguientes temas: La diferencia entre psicosis y debilidad mental en Niños (V. Campo y Alberto J. Campo), Relación entre el Rorschach y la Hora de Juego (D. Meltzer), e Investigando con el Rorschach (J.E. Exner). Además, "el Maestro" dió un workshop a sus fieles de siempre sobre las últimas aportaciones al Sistema Comprensivo con ilustración de casos.

Comentado por Vera Campo

Revista de Libros

Le Rorschach. Une Approche Psychoanalytique

Henri Jidouard (1990)

Lyon: Presses Universitaires de Lyon

El autor, psicoanalista (de la escuela de Bergeret?) y rorschachista, plantea algunas ideas muy interesantes respecto de una interpretación psicoanalítica del Rorschach (básicamente freudiana) retomando el esquema y el gráfico de Baer Bahía, junto a conceptos de Foissin. Tal esquema discute el valor del EB señalando que la oposición fundamental no se halla entre movimiento y color, equiparados por el autor al Ello y al Superyo respectivamente (!), sino entre el Yo = F (forma) y su interjuego defensivo con las pulsiones (movimientos), el Superyo (colores) y la angustia; más o menos controlada (determinantes de clarooscuro con y sin forma). Su manera de utilizar el Rorschach, con una consigna tipo Klopfer y un segundo tiempo constituido por asociaciones libres a las respuestas dadas, es brevemente ilustrado a través del análisis de un caso psicótico. La clasificación propuesta es bastante dudosa, debido también al (mal) uso de la nomenclatura francesa, de por sí relativamente fiable desde una óptica exneriana. El análisis dinámico, que incluye los contenidos, el lenguaje y la conducta del examinado, y que excluye todo lo "numérico" (no hay Resumen Estructural) es claro (al estilo C. Chabert), pero las relaciones objetales, como concepto, son poco visibles. Con todo, y aparte del interés del esquema y planteo de Baer Bahía, leyendo atentamente, el librito (unas 100 páginas) es sugerente -da ideas- y sobre todo defiende al Rorschach como vía regia y privilegiada para conocer la estructura y funcionamiento profundo y dinámico de la personalidad.

Comentado por Vera Campo

Revista de Revistas

A fin de continuar con el tema del diagnóstico borderline, faltaría mencionar -entre tantos- algunos artículos tales como el de A. Wilson (1985) que en el *Journal of Personality Assessment*, 9, 4, publica *Boundary Disturbance in Borderline and Psychotic States* (Trastorno de los límites en estados fronterizos y psicóticos). Compara 29 esquizofrénicos con 26 fronterizos (borderline y esquizotípicos) y 26 depresivos mayores. Cita la diferenciación de Blatt y Ritzler (derivadas de Rapaport) respecto de CONTAM (pérdida de límites entre self y otro), CONFAB (Confabulación de Blatt, pérdida de límites entre adentro y afuera -realidad y fantasía-) y FABCOM (laxitud general o flexibilidad de los límites), como diferentes tipos de trastornos del pensamiento. Encontró que en los fronterizos hay más FABCOM benignas que en los psicóticos y asimismo que en ellos predominan las tendencias confabulatorias; mientras que en los psicóticos priman las CONTAM. Los esquizofrénicos tienen los fenómenos más graves, en tanto los fronterizos no parecen mostrar un trastorno profundo de los límites self-otro. Así especula que el daño estructural en el desarrollo del esquizofrénico se organizaría en el período de la formación del self-otro, mientras que en el fronterizo esto ocurriría en el período más tardío de la formación del límite adentro-afuera, que tiende a dar forma a la realidad externa idiosincráticamente, de acuerdo con sus apremiantes necesidades internas, antes que de descartar y rehacer la realidad externa. Esto apuntaría a la conceptualización de tipos característicos diferentes de la prueba de realidad, antes que a grados distintos en ella.

Por su parte, S. Coonerty (1986) en *An Exploration of Separation-Individuation Themes in the Borderline Personality Disorder*, *Journal of Personality Assessment*, 50, 3, señala que el grupo fronterizo alcanzó más temas de separación-individuación que el grupo esquizofrénico, que mostró más temas de pre-separación-individuación. Los síntomas nucleares de los primeros lo explicarían, por cuanto ellos son: rabia intensa, relaciones inestables y depresión subyacente, en el contexto de la debilidad del Yo y tendencia a la regresión en el funcionamiento emocional. La investigación se realizó en base a una escala. (Para los interesados, el manual se puede pedir a la autora: 825 West End Ave.#14, A. Nueva York 10025, USA, y hasta podría ser traducido al español -?-).

Y por último, citaremos el trabajo de A. Sugarman (1980): *The Borderline Personality Organization as Manifested on Psychological Tests* (pp.39-

55) en el libro *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*, New York: International Universities Press. Siguiendo a Kernberg, los estilos caracterológicos que más se prestan a organizarse en un nivel fronterizo serían: los pacientes con desórdenes de la personalidad paranoide, esquizoide, hipomaníaca, ciclotímica, infantil y auto-mutilante depresivo-masoquista.

Las defensas predominantes son: disociación (splitting), identificación proyectiva, idealización primitiva, negación extrema, omnipotencia y desvalorización; y en cuanto a las relaciones objetales internalizadas, el fronterizo se vincula a los demás como objetos parciales que existen solamente para servir o atacar al paciente, existiendo poco concepto de otros como personas autónomas, totales.

WAIS, Rorschach, TAT: Los fronterizos muestran debilidad del Yo sólo en momentos de stress, así la prueba de realidad es en general adecuada (F+%). Sin embargo, cualitativamente, está compuesto por conceptos inarticulados, mundanos, ordinarios. Cuando recurren a estímulos o datos internos para desarrollar perceptos más creativos, distorsionan, especialmente en relación a material conflictivo y cuando son invadidos por la ira. A diferencia de los esquizofrénicos se pueden reponer cuando son provistos de estructura externa, y pueden adoptar una actitud más observadora; es por ello que aparecen más conservados en el WAIS. También porque pueden amoldarse a los apuntes del medio y desarrollar "falsos self". En general no muestran trastornos del pensamiento y en todo caso, cuando interrogados o confrontados, pueden reponerse. Tienden más a las respuestas de Confabulación (Blatt) que a la CONTAM (los límites entre el self y el otro existen aunque tenues, por la dificultad para integrar estados emocionales positivos y negativos). Las FABCOM también son frecuentes, señalando la laxitud de los límites que asimismo se puede observar en el WAIS (Completamiento de Figuras: si el sujeto dijese que en el mapa de España falta señalar las demarcaciones provinciales); necesitan que el mundo externo provea los límites. Así en el WAIS, salvo algunas dificultades en la concentración y atención, funcionan bien. La productividad y flexibilidad son variables, dependiendo del estilo de carácter del paciente fronterizo. El número de R será variable en el Rorschach; los narcisísticos, megalomaníacos, paranoides y algunos obsesivo-compulsivos inundarán al examinador con respuestas, mientras que los caracteres esquizoides, infantiles y depresivo-masoquistas probablemente estén más constreñidos. Los infantiles tendrán F% bajos y los obsesivo-compulsivos altos (Lambda). Lo mismo puede ocurrir en el TAT, donde habrá diferentes grados de

intensidad en la expresión de contenidos pulsionales o bizarros, que reflejan la condensación de sus preocupaciones edípicas y pre-edípicas.

Respecto de la organización afectiva y nuevamente dependiente del estilo de carácter, el fronterizo tiene dificultades en este área y en la integración de pensamiento y afecto, de vivencias positivas y negativas. Sus emociones le suceden, se muestra como pasivo hacia ellas y predominarán las respuestas C y CF, y FC arbitrarias (INCOM).

Agresión: Hay pacientes con un grado excesivo de agresión pre-edípica, lo que se reflejará en los contenidos del TAT y del Rorschach, junto a respuestas m con CF. Pero hay muchos otros pacientes muy inhibidos y constreñidos que junto a sólo mencionar el color o rechazarlo, pueden dar respuestas forzadas en que el color está como añadido, cuando no es descargado somáticamente (Rompecabezas bajo en el WAIS). Así pueden dar más M que Suma C, dentro de una constricción general y evitación de los colores "calientes".

Angustia: No es bien tolerada (WAIS: bajan dígitos y aritmética), aparecen dificultades ante el claroscuro y pueden dar respuestas que lo implican ("alfombra de piel peluda") y luego no mencionar este aspecto en el Interrogatorio. A menudo "esculpen" respuestas dentro del claroscuro (ver P.Lerner) dando lugar a Dd's raros y mostrando su actitud hiperalerta (paranoide), vinculable al predominio de la identificación proyectiva que lleva a una búsqueda activa de los límites en el medio circundante.

Depresión: Se la supone de tipo anaclítico, menos madura que la depresión introyectiva (con sentimientos de inutilidad, culpa y fracaso) en la que priman los sentimientos de indefensión, debilidad, vacío, abandono, de no ser querido y de inferioridad. Tienden a temer más la pérdida del objeto que la pérdida del amor del objeto, y en el TAT tienden a enfatizar lo final y absoluto de sus pérdidas, con dificultad para designar el afecto depresivo, de modo que los personajes se sienten "aburridos", "indefensos" o "insignificantes" antes que deprimidos; a menudo impresionan por su insensibilidad (negación llamativa de la depresión). Pueden tener muchas C' o ninguna, pero son en general ineptos en la vivencia, modulación y expresión de los afectos disfóricos y pueden negar la presencia clara de C' en una respuesta.

Patología de las Relaciones Objetales Internalizadas: En el Rorschach estos pacientes a menudo ven más Hd que H, y más H que M, pero siempre dependiendo de su estilo caracterológico y cognitivo, mecanis-

mos de defensa, conflictos psicosexuales, etc. Sus respuestas H son menos diferenciadas y articuladas, frecuentemente fragmentadas o mal cohesionadas. En los contenidos se observan respuestas de fusión ("siameses"), de "gemelos" y reflejos (narcisístico); son frecuentes las imágenes omnipotentes y agresivas, peligrosas. No pueden ser ambivalentes debido al predominio de las relaciones parciales, unidimensionales. Dada su dependencia, el sentido del sí mismo (self) es definido en referencia a otros. Hay pasividad.

Mecanismos de Defensa Primitivos: El mecanismo central es la disociación (splitting) a menudo reforzada por la negación. Las W son usadas en forma impresionista global o popular. La identificación proyectiva se caracteriza por vivencias de odio y ansiedad persecutoria. Hay rabia oral intensa. La necesidad de estar alerta a los peligros proyectados determina respuestas Dd raras en el claroscuro. WAIS: a menudo Comprensión + Semejanzas + Historietas + Completar Figuras = elevados. (P.Hymowitz et.al. señala -en un trabajo sobre Rorschach y WAIS que por desgracia no recordamos donde fue publicado- que el F+% estrictamente clasificado según Mayman, y la combinación de Semejanzas + Completamiento de Figuras + CI manipulativo más bajo que CI verbal -resultando este último aún más bajo en psicóticos- distingue a los pacientes fronterizos).

Resumido por Vera Campo

Normas para la presentación de trabajos

- 1.- Los artículos deben ser remitidos por duplicado en papel tamaño DIN A-4, pero, preferentemente en disquete (5 1/4 en Wordstar o Word Perfect 4.2).
- 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 una línea por encima del texto, en el margen izquierdo y sin sangrar.
- 5.- Las correlaciones deben expresarse precedidas de un cero, por ejemplo: 0.87 y no .87. Normalmente los números que formen parte del texto deben expresarse en palabras cuando se trate del uno al diez, y en números a partir del 11, a no ser que sean la primera palabra de una frase. Cuando los números de diferentes categorías aparezcan relacionados, deben tomar la misma forma, por ejemplo: "Se administraron las cuatro pruebas a los quince sujetos" o bien "El primer grupo estaba constituido por 14 sujetos y el segundo por 8".
- 6.- Las tablas deben ser concisas y reducidas a las estrictamente necesarias. Cada tabla debe hacerse en una hoja de papel aparte e incluirse al final del artículo y no entre el texto. Las tablas deben numerarse 1, 2, 3, etc. y referirse a ellas en el texto como, por ejemplo, Tabla 1. Las hojas añadidas deben siempre llevar el número de la tabla y un encabezamiento corto, por ejemplo: Tabla 1. Medias y desviaciones para los grupos A y B. Los gráficos e ilustraciones deben llevar un número de figura y un título en la parte inferior, por ejemplo: Fig. 1. Dibujo realizado por el sujeto A. La posición aproximada en la que deben aparecer las tablas y figuras en el texto, debe indicarla el autor con una nota del tipo: "Inserte la Tabla 1 aproximadamente aquí".
- 7.- Las citas dentro del texto deben consistir solamente en el apellido/s y la fecha, por ejemplo: Exner (1986). Las citas completas deben darse al final del artículo, en doble espacio, siguiendo las normas de la APA, es decir:
libros: apellidos y nombre del autor en mayúsculas, seguidas de la fecha de publicación, el título subrayado del libro y la ciudad y editorial.
revistas: apellidos y nombre del autor en mayúsculas, título del artículo, título de la revista subrayado, número de la revista subrayado, volumen correspondiente entre paréntesis y números de las páginas. Ejemplos:

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

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

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

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

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

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

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

Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

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

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

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

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

REUNIONES: La Sociedad lleva a cabo una reunión bianual.

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

Toda la correspondencia relacionada con la Sociedad debe ser dirigida a:
Secretario de la SERYMP, Zurbarán, 3, bajo izquierda. 28010 Madrid.

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 comunicará por escrito.



PSICOLOGIA i PSICOANALISI

Berlinès, 20 08022-Barcelona 418 53 36

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

■ S · E · R · Y · M · P ■