

1993 - Número 6

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

6

■ S · E · R · Y · M · P ■

Elle

# Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos

(Fundada en 1988)

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

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

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

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

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

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

Suscripción a la Sociedad:	5.000 ptas.
Suscripción a la Revista: España	1.000 ptas.
Extranjero	12 \$ U. S.
Números atrasados:	1.000 ptas.

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

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



# Indice

## Editorial

5

### **Primera aproximación a un estudio normativo del Rorschach de la ciudad de Barcelona y su entorno**

M. Alvarez, A. Baeza, V. Campo, J. M. García, J. Guardia, T. Montlleó, A. de Jesús, P. Jirón, M. L. Mateos, J. Minobis, J. Navarro, V. Perez, R. Pouso, L. Próximo, C. Torras, M. Zayas

6

### **Rasgos del contenido y del resumen estructural Rorschach característicos de los finlandeses: Una comparación transcultural**

Carl-Eric Mattlar, Anette Carlsson, Camilla Forsander, Laila Norrlund, Ann-Sofi Öist, Juhano Mäki y Erkki Alanen

21

### **Diferencias nacionales en la frecuencia de respuestas populares y comunes al Rorschach. Un estudio de sujetos venezolanos**

David Ephraim, Elba Acevedo, Carolina Álvarez y Sergio Rueda

28

### **Resúmenes de los datos de otros trabajos normativos presentados en el Simposio interactivo del Congreso de Lisboa**

Vera Campo

36

### **¿Por qué T o no T, en el Rorschach?**

Jaime Fúster

39

### **El efecto de los neurolépticos en los índices de trastorno de pensamiento del Rorschach**

William Perry

45

<b>Acerca de la existencia en la esquizofrenia de dos perfiles en el Resumen Estructural del Rorschach</b>	
Dana Castro	<b>54</b>
<b>Un estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos a través del test de Rorschach</b>	
Josep M. Giralt, Begoña González y Angels López	<b>62</b>
<b>Hacia un enfoque experiencial psicoanalítico del Rorschach</b>	
Paul M. Lerner	<b>73</b>
<b>Casos clínicos</b>	<b>88</b>
<b>Cartas al editor</b>	<b>109</b>
<b>Notas y noticias</b>	<b>110</b>
<b>Revista de libros</b>	<b>112</b>
<b>Revista de revistas</b>	<b>113</b>
<b>Extracto</b>	<b>116</b>

## **Editorial**

Este número, post XIV Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Proyectivos, está dedicado, sobre todo, a la publicación de trabajos interesantes allí recogidos. Con el fin de darles cabida, las habituales secciones de Revista de Libros y Revista de Revistas, han sido muy abreviadas.

En mi sexto año de reinado como Editora, me siento feliz porque nuestra Revista subsiste y porque es la única representativa de los Métodos Proyectivos en España, aun cuando la contribución de trabajos españoles sigue siendo algo pequeña. Espero que con el tiempo esta carencia se irá resolviendo. En este sentido la nueva sección: Estudio de Casos, parece inaugurar un cambio positivo.

## Primera aproximación a un estudio normativo de la ciudad de Barcelona y su entorno\*

M. Alvarez, A. Baeza, V. Campo, J. M. García, J. Guardia, T. Montlleó, A. de Jesús, P. Jirón, M. L. Mateos, J. Minobis, J. Navarro, V. Perez, R. Pouso, L. Prófumo, C. Torras, M. Zayas

### RESUMEN

250 sujetos voluntarios (125 mujeres y 125 hombres de 20-40 años de edad) fueron extraídos del banco de datos de la Escuela de Rorschach de Barcelona -protocolos registrados con el Sistema Comprehensivo por alumnos durante los últimos 10 años. Con muy pocas excepciones los estadísticos básicos fueron significativamente diferentes ( $p < 0.05$ ) de las normas de Exner (1991), y clínicamente similares a las de Silva, Novo y Prazeres (1990). Este estudio plantea nuevamente la cuestión en cuanto a la aplicabilidad de las normas del S.C., esto es, de los EE.UU., a poblaciones europeas, y en esta investigación, a la de Barcelona.

Partiendo de la observación derivada tanto de la experiencia en el campo clínico como en el de la selección de personal, de que nuestros sujetos difícilmente obtenían un X+ y F+ % similar a las normas norteamericanas ofrecidas por el Sistema Comprehensivo (Exner 1974-1991), y de que, además, la frecuencia de las respuestas Populares y de textura también parecía menor que en esa muestra de no-pacientes, intentamos una primera aproximación a un estudio normativo local. Aún cuando ciertamente limitado por su reducido número de sujetos, nuestra intención fue la de obtener algunos datos básicos "guías" con miras a una futura ampliación del estudio.

### Método

Recurrimos al banco de datos de la Escuela de Rorschach de Barcelona, compuesto en su mayor parte por protocolos de sujetos voluntarios recogidos por los alumnos -con el fin de cumplir con los requisitos de los cursos -desde 1980 hasta 1991 con el Sistema Comprehensivo.

De este material fueron seleccionados 250 protocolos de Rorschach al azar, 125 mujeres y 125 varones entre 20 y 40 años de edad, que cumpliesen las siguientes condiciones:

a) ser voluntario (haber colaborado con la/el alumna/o y sólo saber que ésta/e estaba aprendiendo la técnica);

b) tener por lo menos 14 respuestas, con Lambdas no altos (en los tests cortos).

\* Trabajo presentado en el Simposio sobre Normas organizado por V.Campo, XIV Congreso Internacional del Rorschach y Métodos Proyectivos, Lisboa, Portugal, 1993.

Fueron eliminados todos los protocolos incorrectamente interrogados (protocolos de alumnos principiantes) y aquellos en los cuales los datos indicaban que se trataba de pacientes. El nivel educativo resultó muy variado, desde el obrero hasta el universitario, pero estos datos como asimismo su estado civil no siempre estaban consignados.

Una vez recogido el material, éste fue recodificado siempre según el Sistema Comprehensivo (Exner, 1991) por los psicólogos M. Alvarez, T. Montlleó, P. Jirón, V. Pérez, R. Pouso y L. Prófumo (egresadas del curso oficial de la Escuela que dura tres años), bajo la dirección de V. Campo.

En una segunda fase se establecieron los estadísticos descriptivos básicos correspondientes (cortesía de Rorschach Workshops y J. E. Exner). (Ver Apéndice I, Tabla A).

La tercera fase consistió en la división de los 250 protocolos en 10 grupos -correspondientes a las 10 Láminas de Rorschach- que se repartieron entre los psicólogos: A. Baeza, J. M. García, A. de Jesús, M. L. Mateos, J. Minobis, J. Navarro, C. Torras y M. Zayas -que se agregaron al estudio en este punto- con los cuales se procedió a la confección de las listas de niveles formales provisionarias (en las cuales el nivel formal "ordinario" correspondió a una frecuencia de 5: el 2% empleado en el estudio del Sistema Comprehensivo, mientras que el nivel formal "único" correspondió a una frecuencia de 2-4, siendo desechadas las respuestas de una sola aparición).

Cuando surgían dudas de codificación, se recurrió a dos jueces ajenos a las respuestas de la Lámina en cuestión a fin de decidir su nivel formal por consenso.

Asimismo se constituyó una lista de *localizaciones D* (5% de protocolos y *Dd* (menos de 5% de protocolos) junto con un listado de las respuestas *Populares* (el 33% de protocolos).

## Resultados

1. Se aplicó la prueba de ajuste (goodness of fit index) a los estadísticos descriptivos básicos que mostró diferencias significativas al nivel de  $p < 0.05$  con respecto a los del Sistema Comprehensivo (muestra de adultos no-pacientes) exceptuando el N.º de W, M, FM, m, FM+m, M sin forma, suma C', pares, Cl, Fi, Ls, CP y DV2.

2. Resulta evidente y de acuerdo con lo previsto tal como ya lo señalaran Sendín (1981), Larraz y Valero (1988) y Silva, Novo y Prazeres (1990), que las respuestas Populares son menos frecuentes en esta población de Barcelona, en comparación con la muestra (de 700 adultos no-pacientes) del Sistema Comprehensivo (Exner, 1991):



**Tabla 1****Frecuencia de medias comparadas para las respuestas Populares**

	Barcelona	USA	Portugal
Media:	5.75	6.89	4.31
D.T.:	1.94	1.38	1.29

La lista de Populares obtenida es la siguiente:

III	D1:	dos figuras humanas o su representación, con D7 como objeto aparte (62.4%)
IV	W o D7:	figura humana o para-humana (50.8%)
V	W:	murciélago (50.8%) o mariposa en V (36%)
VI	W:	piel de animal, alfombra (38.4%)
VII	D1 o incluido en D2:	Cabezas humanas (41.6%)
VIII	D1:	animal (84.4%)

En comparación con las Populares halladas por Sendin (1981, 220 sujetos no-pacientes) y Silva, Novo y Prazeres (1990, 100 sujetos), señalaremos que a diferencia de Sendin en nuestra población *no* hemos hallado respuestas P en las Láminas I, II y X, y tampoco la piel de animal en la IV. En cuanto a la muestra portuguesa, ésta se distingue de la de Barcelona por tener la P en I pero no en IV, coincidiendo en el resto.

3. Asimismo y confirmando lo esperado, la frecuencia de las respuestas de textura también es menor que en el Sistema Comprensivo:

**Tabla 2.****Frecuencia de medias comparadas para las respuestas T**

	Barcelona	USA	Portugal
Media:	0.57	1.03	0.53
D.T.:	<0.93>	<0.58>*	0.74

\* Con la misma kurtosis.

4. También todos los datos relativos a la precisión perceptual resultaron muy diferentes de y muy inferiores a las normas de ese sistema, y mucho más parecidos a la muestra portuguesa que, es de tener *muy* en cuenta, se hallaba compuesta por sujetos "de nivel educativo superior" (p.34). Además, asimismo resultaron similares a una muestra de 50 no-pacientes masculinos

de Madrid de igual edad -20 a 40 años- (muestra generosamente proporcionada por P. Ortiz, 1990, grupo control de su trabajo):

**Tabla 3.**

**Frecuencia de medias comparadas para los niveles formales**

	Barcelona	USA	Portugal
FQx+	0.46	0.84	0.27
FQxo	12.60	16.68	13.90
FQxu	6.27	3.23	9.86
FQx-	4.91	1.29	4.04

Expresado en porcentajes estos datos son los siguientes:

**Tabla 4**

**Frecuencia de medias comparadas para X+, F+, Xu y X- %**

	Barcelona	USA	Portugal	Madrid(Ortiz)
X+%	0.55	0.79	0.53	0.57
F+%	0.50	0.71	0.54	0.55
Xu%	0.25	0.14	0.34	no disponible
X-%	0.19	0.07	0.14	0.23

Sin embargo, la prueba del índice de ajuste mostró que nuestros datos porcentuales también son estadísticamente diferentes ( $p < 0.05$ ) comparados con estas poblaciones.

Con todo, desde un punto de vista clínico, estos datos por lo menos sugieren que las normas norteamericanas podrían no ser consideradas "universales" sin más, coincidiendo plenamente con el punto de vista de Silva, Novo y Prazeres (1990, p. 40).

Asimismo cabe subrayar la aparente similitud entre las dos muestras ibéricas respecto del Lambda, claramente más alto que en los datos normativos del Sistema Comprehensivo.

Otros aspectos diferenciales residen sobre todo en el aumento estadísticamente significativo (prueba de ajuste o conformidad) de Dd, S, Y, Fr+rF, Lambda, Fenómenos Especiales y MOR en Barcelona, junto a la disminución general de las respuestas de color, del Afr y de COP. Una de las integrantes de este grupo de investigación exclamó, al escuchar estos datos: "Pero si así son los catalanes, meticulosos, opositoristas y autónomos, angustiados, narcisistas, disociados, con ideas raras y pesimismo, poco expresivos emocionalmente, o sea 'secos' y poco colaboradores!".

## Discusión

Una primera - y en nuestra opinión única - crítica de peso que se puede y debe expresar, aparte de que esta muestra de Barcelona y su entorno es muy pequeña pero sí nos puede servir de guía para investigaciones futuras, es que la muestra se compone de voluntarios, lo que no excluye que entre nuestros sujetos existan individuos con problemas psiquiátricos. Así lo demostraría, en teoría, la presencia de 40 sujetos con un SCZI de 4 o más y de 26 sujetos con DEPI 6 ó 7.

Respecto de los primeros, cabe mencionar que ninguno de estos sujetos demostró tener alucinaciones, delirios u otros trastornos evidentes durante la administración del Rorschach y que bien se pudiera tratar de organizaciones Borderline de la personalidad (ver Campo y Vilar, 1990). De hecho, los contenidos de este tipo (respuestas simbólicas) fueron relativamente frecuentes en nuestra muestra (32 = 13%).

En cuanto a los segundos, y asimismo con respecto a los numerosos sujetos con un índice CDI positivo (88), es por todos conocida la frecuencia de personas que funcionan en la vida diaria a pesar de tener estos índices positivos.

Ya fue señalada nuestra opinión respecto de las diferencias observadas en cuanto a la precisión perceptual, y lo mismo puede ser repetido en relación con la disminución ibérica de P y T.

Pensamos, básicamente, que los datos aquí presentados y discutidos en vinculación con otras fuentes, reflejan una manera diferente de percibir, una visión menos conformista, más individualista y tal vez más anárquica de las cosas.

Al comparar ciertos aspectos generales de nuestra población con los datos USA (ver Tabla A, Apéndice I), se podría interpretar, *especulativamente*, que:

- a) La muestra de Barcelona es *mucho menos extratensiva* y predominantemente más ambivalente e introvertida.
- b) El resultado negativo de los puntajes D y Da<sub>1</sub> se relacionaría con la frecuencia del índice CDI?
- c) Aunque evidentemente esta población es más lábil en sus manifestaciones emocionales (CF+C > FC), al ser menos extratensiva y asimismo al expresar menos afecto en general (Suma C más baja), se halla más aislada y defendida de la estimulación emocional (Afr más bajo).
- d) Y bastante más hipervigilante y suspicaz (HVI más alto).
- e) Claramente más disociada (Lambda más alto).
- f) Mucho más detallista (Dd más alto).
- g) Más airada y/o negativista, pero, sin embargo, no tan manifestamente agresiva (S más alto y Ag más bajo).
- h) Se muestra más distante (Lambda más alto y ausencia de T) y menos dispuesta a interactuar cooperativamente (COP más bajo).
- i) Con peor autoestima (3r+(2)/R más bajo) pero también más narcisista (Fr+rF más alto).
- j) Sufre un mayor malestar (en relación con los puntajes D y Da<sub>1</sub>) tanto en cuanto a la

- introspección dolorosa (V más alta) como a sentimientos de indefensión (Y más alta) y de un mayor pesimismo (MOR más alto).
- k) Esta población recurre más a la intelectualización (2AB + Art + Ay más elevado),
- l) Es desde ya menos convencional, o sea se halla menos preocupada por las normas sociales (P más bajo).
- m) Y por supuesto, como ya fuera señalado, tiene una percepción bien distinta de la realidad (X+ y F+ más bajos, y X-, Xu y S-% más altos), que también parece estar más influenciada por maneras de pensar menos lógicas (Suma6 y WSuma6 más altas).
- n) Con ideas menos realistas acerca de sí y de otras personas ( $H < (H) + Hd + (Hd)$ )
- o) Más preocupada por lo corporal (An + Xy más alto),
- p) Más pasiva y tendiendo a refugiarse más en la fantasía (Mp > Ma; cabe recordar el predominio introversivo en esta muestra).
- q) Con todo, nuestra población es algo más productiva (N.º de R más alto) pero menos inclinada a la síntesis (recordar Dd > 3) y al mismo tiempo más compleja (determinantes múltiples más altos).
- r) La muestra contiene más subincorporadores (Zd- más elevada),
- s) Y, sin embargo, cognitivamente es más flexible (a : p),
- t) Y, finalmente, con mucho interés por lo humano (H total alto) aunque menos autoritaria (PER más bajo). ?

Este podría ser un perfil psicológico de una muestra de la población "media" de Barcelona y su entorno, perfil que evidentemente debiera ser comparado no sólo con una muestra de verdaderos no-pacientes, sino con otras muestras de las diferentes regiones de España, para hallar, si es que existe, el perfil o "norma" media de este país.

Como último paso y con la finalidad de testar los resultados de X+, F+, Xu y X-% de esta población comparada con el Sistema Comprehensivo nuevamente, y para controlar el N.º de R, se extrajeron 94 protocolos de la muestra original de 250, con R entre 19 y 25 ambos inclusive -esto es, cerca de la media de R en los datos del Sistema Comprehensivo.

Estos protocolos fueron recodificados en base a la nueva lista de niveles formales de Barcelona, por otro grupo de psicólogos: E. Aragón, A. Casado, Y. Ruiz y E. Sobrino, que no conocían los fines de tal "ejercicio" ni las metas de este estudio. La finalidad era hallar si así los F+ y X+% resultarían más altos y los Xu y X-% más bajos, más cercanos a los niveles del Sistema Comprehensivo.

Se empleó la siguiente técnica: Se retuvieron solamente las respuestas codificadas como "ordinarias" (ver Apéndice I, Tabla B) en nuestra lista, mientras que se aplicaban los datos del Sistema Comprehensivo para las respuestas que no aparecen en ella. En cuanto a nuestras respuestas "únicas" (frecuencia menor a 5) fueron codificadas como "ordinarias" o "únicas" de acuerdo con las normas de ese sistema, en base a la consideración de que a fin de cuentas nuestra muestra es pequeña. Dado que nuestras respuestas "menos" en general coincidían con las americanas, no presentaron problemas.

Se nos ocurrió pensar que si los porcentajes obtenidos en esta

La prueba de ajuste mostró -una vez más- que a pesar de la mejora registrada en todos los porcentajes, los resultados obtenidos siguen siendo significativamente *diferentes* ( $p > 0.05$ ) de las normas del Sistema Comprehensivo. Y lo que es más, los *nuevos* niveles formales obtenidos son *significativamente diferentes* de los iniciales. Por lo tanto, respecto de las dos hipótesis antes planteadas, el resultado último de este trabajo sería que la precisión perceptual de nuestra muestra parecería ser simplemente

**Comparación de medias de X+, F+, X- y Xu %**

Muestra total (N = 250)	Muestra parcial (N = 94)	X+%	F+%	X-%	Xu%
0.55	0.65	0.50	0.61	0.19	0.25
		p. > 0.05	p. > 0.01	p. > 0.01	p. > 0.001

Tabla 5.

Además, si después de esa corrección estos porcentajes permaneciesen significativamente diferentes, entonces, 1) o se pudiera simplemente considerar la precisión perceptual de esta muestra como diferente, menos conformista y más anárquica que la norteamericana, 2) o los sujetos que componen el banco de datos del Sistema Comprehensivo parecerían bastante peculiares. La T de Student mostró que los resultados de este último esfuerzo son los siguientes:

Por otro lado, si al comparar estos nuevos resultados con los aportados por el Sistema Comprehensivo, siguiéramos encontrando diferencias significativas, nos parecería lícito cuestionar -a la vista de la convergencia de los resultados de esos otros estudios- si no es necesario revisar a la baja los cortes de significación que para dichos índices se ofrecen en el Sistema Comprehensivo. Por ejemplo, el corte de significación del X+% en ese sistema es de 0.70, entendiéndose que la población normativa no baja del 0.60. Estos cortes no parecen validarse fuera de la muestra americana; en cambio, cortes más bajos parecen ser más idóneos para el resto de muestras.

Por otro lado, si al comparar estos nuevos resultados con los aportados por el Sistema Comprehensivo, siguiéramos encontrando diferencias significativas, nos parecería lícito cuestionar -a la vista de la convergencia de los resultados de esos otros estudios- si no es necesario revisar a la baja los cortes de significación que para dichos índices se ofrecen en el Sistema Comprehensivo. Por ejemplo, el corte de significación del X+% en ese sistema es de 0.70, entendiéndose que la población normativa no baja del 0.60. Estos cortes no parecen validarse fuera de la muestra americana; en cambio, cortes más bajos parecen ser más idóneos para el resto de muestras.

Por otro lado, si al comparar estos nuevos resultados con los aportados por el Sistema Comprehensivo, siguiéramos encontrando diferencias significativas, nos parecería lícito cuestionar -a la vista de la convergencia de los resultados de esos otros estudios- si no es necesario revisar a la baja los cortes de significación que para dichos índices se ofrecen en el Sistema Comprehensivo. Por ejemplo, el corte de significación del X+% en ese sistema es de 0.70, entendiéndose que la población normativa no baja del 0.60. Estos cortes no parecen validarse fuera de la muestra americana; en cambio, cortes más bajos parecen ser más idóneos para el resto de muestras.

Por otro lado, si al comparar estos nuevos resultados con los aportados por el Sistema Comprehensivo, siguiéramos encontrando diferencias significativas, nos parecería lícito cuestionar -a la vista de la convergencia de los resultados de esos otros estudios- si no es necesario revisar a la baja los cortes de significación que para dichos índices se ofrecen en el Sistema Comprehensivo. Por ejemplo, el corte de significación del X+% en ese sistema es de 0.70, entendiéndose que la población normativa no baja del 0.60. Estos cortes no parecen validarse fuera de la muestra americana; en cambio, cortes más bajos parecen ser más idóneos para el resto de muestras.

diferente de la norteamericana, debido por lo menos en parte a factores culturales, y que efectivamente ni los datos normativos -concernientes a los niveles formales- ni las listas de respuestas (Tabla A del Manual) del Sistema Comprehensivo serían aplicables, sin más, a la población de Barcelona y su entorno.

hacer bibliografía

## BIBLIOGRAFIA

CAMPO, V. y VILAR, N. (1990). Acerca de los contenidos, defensas y relaciones objetales borderline. *Revista de S.E.R.Y.M.P.*, 3, 28-32

EXNER, J. E. (1991). *The Rorschach: A Comprehensive System, II*. (2nd.rev.ed.). New York: Wiley & Sons.

LARRAZ, L. y VALERO, A. (1990). Respuestas populares al test de Rorschach en población española. Muestra de Barcelona. *Revista de S.E.R.Y.M.P.*, 1, 47-54.

ORTIZ, P. (1992). Estudio sobre el autoconcepto en parapléjicos varones adultos. (Resumen). *Revista de S.E.R.Y.M.P.*, 5, 47- 49.

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

SILVA, D. R., NOVO, R. y PRAZERES, N. (1990). Los datos normativos del Rorschach presentados por Exner son válidos para la población europea in extenso? *Revista de S.E.R.Y.M.P.*, 3, 33-40.

**Apéndice I: Tabla A**

VARIABLE	MEDIA	D.T	MIN	MAX	FRQ	MEDIANA	MODA	SK	KU
EDAD	27,02	4,72	20,00	40,00	250	26,00	26,00	0,72	0,02
R	24,53	8,21	14,00	59,00	250	23,00	20,00	1,25	2,17
W	8,35	4,21	1,00	26,00	250	7,00	7,00	0,93	1,38
D	11,72	6,43	0,00	35,00	247	11,00	13,00	0,74	0,81
Dd	4,46	(3,88)	0,00	19,00	225	4,00	2,00	1,35	1,80
S	2,96	(2,25)	0,00	11,00	223	2,00	2,00	0,87	0,51
DQ+	6,21	3,74	0,00	19,00	243	5,50	6,00	0,89	0,59
DQo	16,26	7,29	4,00	46,00	250	15,00	12,00	1,06	1,51
DQv	1,50	(1,78)	0,00	12,00	159	1,00	0,00	1,86	5,29
DQv/+	0,56	(0,92)	0,00	5,00	90	0,00	0,00	2,17	5,73
FQx+	0,46	0,84	0,00	5,00	79	0,00	0,00	2,46	7,74
FQxo	12,60	4,23	4,00	29,00	250	12,00	9,00	0,89	1,57
FQxu	6,27	3,76	0,00	24,00	249	5,00	4,00	1,50	3,28
FQx-	4,91	3,26	0,00	20,00	239	4,00	3,00	0,98	1,66
FQxNinguna	0,29	(0,66)	0,00	7,00	58	0,00	0,00	4,95	42,09
MQ+	0,29	0,58	0,00	3,00	59	0,00	0,00	2,10	4,46
MQo	2,48	1,91	0,00	11,00	221	2,00	2,00	1,31	2,74
MQu	0,70	0,91	0,00	5,00	122	0,00	0,00	1,57	2,85
MQ-	0,74	(1,07)	0,00	6,00	109	0,00	0,00	1,83	4,17
MQNinguna	0,02	(0,13)	0,00	1,00	4	0,00	0,00	7,76	58,71
SQual-	1,25	(1,39)	0,00	7,00	157	1,00	0,00	1,33	1,67
M	4,24	2,94	0,00	15,00	234	4,00	2,00	0,98	1,10
FM	3,67	2,35	0,00	13,00	242	3,00	3,00	1,01	1,17
m	1,21	1,35	0,00	8,00	158	1,00	0,00	1,59	3,67
FC	1,64	1,57	0,00	9,00	184	1,00	1,00	1,27	2,10
CF	1,40	1,37	1,00	8,00	175	1,00	1,00	1,26	2,40
C	0,30	(0,65)	0,00	6,00	59	0,00	0,00	3,85	25,05
Cn	0,00	(0,00)	0,00	0,00	0	0,00	0,00		
Suma Color	3,34	2,39	0,00	12,00	231	3,00	2,00	0,90	0,77
WSumaC	2,66	2,03	0,00	11,00	231	2,00	1,50	1,08	1,42
Suma C'	1,40	(1,46)	0,00	8,00	170	1,00	0,00	1,30	1,80
Suma T	0,57	(0,93)	0,00	5,00	89	0,00	0,00	1,84	3,34
Suma V	0,66	(1,02)	0,00	5,00	97	0,00	0,00	1,65	2,41
Suma Y	1,40	(1,54)	0,00	10,00	165	1,00	0,00	1,63	4,25
Suma Claroscuro	4,04	3,21	0,00	19,00	221	4,00	2,00	1,28	2,73
Fr+rF	0,39	(0,94)	0,00	7,00	59	0,00	0,00	3,85	18,76
FD	0,83	(1,06)	0,00	5,00	126	1,00	0,00	1,38	1,67
F	11,13	5,76	1,00	33,00	250	10,00	6,00	0,88	1,20
(2)	8,69	4,61	0,00	28,00	249	8,00	6,00	1,22	2,30
Lambda	1,06	0,89	0,05	5,67	250	0,79	0,67	2,16	6,04
FM+m	4,88	2,88	0,00	15,00	247	4,00	4,00	0,93	0,69
EA	6,90	3,85	0,00	22,00	249	6,50	7,00	0,94	1,17
es	8,92	5,11	1,00	31,00	250	8,00	6,00	1,20	2,37
Puntaje D	-0,59	1,58	-8,00	4,00	126	0,00	0,00	-1,39	4,12
Daj	-0,19	1,27	-7,00	4,00	116	0,00	0,00	-0,82	5,06
a (activo)	5,17	3,31	0,00	18,00	246	4,00	4,00	1,01	1,16
p (passivo)	4,02	2,68	0,00	14,00	242	3,00	3,00	1,12	1,30
Ma	2,42	2,04	0,00	11,00	209	2,00	1,00	1,19	1,90
Mp	1,84	1,71	0,00	8,00	192	2,00	1,00	1,29	2,06
Intelect	2,12	2,21	0,00	13,00	194	2,00	1,00	1,75	3,79
Zf	12,38	4,86	3,00	30,00	250	12,00	9,00	0,72	0,75
Zd	-0,52	4,36	-12,00	11,50	2,38	-0,50	1,00	0,00	-0,09
Blends	3,54	2,72	0,00	11,00	227	0,13	0,00	1,38	0,02
Blends/R	0,15	0,12	0,00	0,57	227	0,13	0,00	0,94	0,68
Col-Shd Blends	0,66	(0,97)	0,00	6,00	105	0,00	0,00	1,88	4,95
Afr	0,56	0,22	0,19	1,71	250	0,53	0,50	1,30	3,31
Populares	5,75	1,94	1,00	16,00	250	5,00	5,00	0,93	2,65

VARIABLE	MEDIA	D.T	MIN	MAX	FRQ	MEDIANA	MODA	SK	KU
X+%	0,55	0,13	0,24	0,90	250	0,55	0,50	0,11	-0,41
F+%	0,50	0,19	0,00	1,00	246	0,50	0,50	0,17	0,30
X-%	0,19	0,10	0,00	0,53	239	0,19	0,13	0,31	0,08
Xu%	0,25	0,10	0,00	0,56	249	0,24	0,19	0,42	0,22
S-%	0,23	(0,23)	0,00	1,00	157	0,20	0,00	0,81	0,05
Aislam./R	0,16	0,13	0,00	0,71	221	0,14	0,00	1,22	2,07
H	2,40	1,86	0,00	11,00	231	2,00	1,00	1,56	3,13
(H)	1,46	1,37	0,00	6,00	178	1,00	1,00	0,95	0,52
HD	1,97	1,96	0,00	11,00	187	1,00	1,00	1,30	2,02
(Hd)	0,77	0,90	0,00	5,00	131	1,00	0,00	1,23	1,80
Hx	0,13	(0,45)	0,00	4,00	25	0,00	0,00	4,88	30,72
H+(H)+Hd+(Hd)	6,60	3,62	0,00	24,00	247	6,00	5,00	1,08	2,70
A	7,70	2,87	2,00	18,00	250	7,00	6,00	0,77	0,91
(A)	0,48	(0,79)	0,00	5,00	83	0,00	0,00	2,02	3,36
Ad	3,26	(2,38)	0,00	12,00	236	3,00	2,00	1,24	1,55
(Ad)	0,20	(0,44)	0,00	2,00	47	0,00	0,00	2,02	3,36
An	1,30	(1,33)	0,00	7,00	176	1,00	1,00	1,60	3,45
Art	1,25	1,34	1,00	7,00	165	1,00	0,00	1,50	2,72
Ay	0,35	(0,64)	0,00	3,00	68	0,00	0,00	1,90	3,43
Bl	0,27	(0,54)	0,00	3,00	58	0,00	0,00	2,01	4,02
Bt	1,14	1,23	0,00	5,00	156	1,00	0,00	1,11	0,78
Cg	2,28	2,16	0,00	15,00	203	2,00	1,00	1,72	5,16
Cl	0,14	(0,38)	0,00	2,00	31	0,00	0,00	2,79	7,54
Ex	0,18	(0,44)	0,00	2,00	41	0,00	0,00	2,34	4,93
Fi	0,46	(0,80)	0,00	5,00	81	0,00	0,00	2,14	5,63
Food	0,41	(0,77)	0,00	6,00	74	0,00	0,00	2,89	12,97
Ge	0,38	(0,76)	0,00	5,00	68	0,00	0,00	2,82	10,95
Hh	0,62	0,80	0,00	4,00	116	0,00	0,00	1,30	1,60
Ls	0,95	1,15	0,00	6,00	142	1,00	0,00	1,56	2,65
Na	0,60	(0,96)	0,00	6,00	100	0,00	0,00	2,26	6,49
Sc	0,60	(0,82)	0,00	5,00	111	0,00	0,00	1,60	3,53
Sx	0,90	(1,30)	0,00	10,00	123	0,00	0,00	2,56	10,95*
Xy	0,21	(0,56)	0,00	3,00	36	0,00	0,00	2,98	8,96
Idiográfico	1,48	1,43	0,00	8,00	175	1,00	0,00	1,05	1,27
DV	0,54	(0,83)	0,00	4,00	95	0,00	0,00	1,74	3,22
INCOM	1,77	(1,60)	0,00	12,00	202	1,00	1,00	1,93	7,14
DR	0,55	(0,98)	0,00	6,00	85	0,00	0,00	2,54	8,23
FABCOM	0,48	(0,78)	0,00	4,00	88	0,00	0,00	1,86	3,83
DV2	0,00	(0,00)	0,00	0,00	0	0,00	0,00	...	...
INC2	0,47	(0,82)	0,00	5,00	83	0,00	0,00	2,25	6,06
DR2	0,06	(0,26)	0,00	2,00	15	0,00	0,00	4,24	18,91
FAB2	0,30	(0,65)	0,00	3,00	52	0,00	0,00	2,40	5,54
ALOG	0,26	(0,56)	0,00	3,00	53	0,00	0,00	2,48	6,92
CONTAM	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	...	...
Suma 6 Sp Sc	4,44	2,95	0,00	16,00	237	4,00	3,00	1,06	1,63
Lvl Sp Sc	0,83	(1,25)	0,00	7,00	112	0,00	0,00	,98	4,43
WSum6	13,30	10,57	0,00	58,00	237	11,00	11,00	1,42	2,72
AB	0,26	(0,67)	0,00	4,00	44	0,00	0,00	3,14	10,98
AG	0,71	1,00	0,00	6,00	115	0,00	0,00	1,93	4,94
CFB	0,01	0,09	0,00	1,00	2	0,00	0,00	11,11	122,47
COP	0,59	0,90	0,00	4,00	94	0,00	0,00	1,47	1,35
CP	0,01	(0,11)	0,00	1,00	3	0,00	0,00	9,01	79,96
MOR	1,38	(1,51)	0,00	9,00	168	1,00	0,00	1,78	4,80
PER	0,61	0,96	0,00	5,00	97	0,00	0,00	1,95	4,25
PSV	0,30	(0,64)	0,00	4,00	57	0,00	0,00	2,54	7,55



**RAZONES, PORCENTAJES E INDICES ESPECIALES**

**EB - ESTILO**

Introversivo . . . . .	109	44 %
Super-Introversivo . . . . .	83	33 %
Ambitendente . . . . .	106	42 %
Extratensivo . . . . .	35	14 %
Super-Extratensivo . . . . .	16	6 %

**EA - DIFERENCIAS: PUNTAJES D**

D > 0 . . . . .	33	13 %
D = 0 . . . . .	124	50 %
D < 0 . . . . .	93	37 %
D < -1 . . . . .	45	18 %

Adj D > 0 . . . . .	46	18 %
Adj D = 0 . . . . .	134	54 %
Adj D < 0 . . . . .	70	28 %
Adj D < -1 . . . . .	26	10 %

Zd > +3.0 (Sobre-incorp.)	47	19 %
Zd < +3.0 (Hipo-incorp.)	65	26 %

SCZI x 6 . . . . .	2 %
SCZI x 5 . . . . .	4 %
SCZI x 4 . . . . .	10 %

DEPI x 7 . . . . .	5	24 %
DEPI x 6 . . . . .	21	8 %
DEPI x 5 . . . . .	60	2 %

**DESVIACIONES CALIDAD FORMAL**

X+ % > .89 . . . . .	1	0 %
X+ % < .70 . . . . .	208	83 %
X+ % < .61 . . . . .	172	69 %
X+ % < .50 . . . . .	88	35 %
F+ % < .70 . . . . .	212	85 %
Xu % > .20 . . . . .	159	64 %
X- % > .15 . . . . .	159	64 %
X- % > .20 . . . . .	114	46 %
X- % > .30 . . . . .	34	14 %

**FC:CF+C RAZON**

FC > (CF+C) + 2 . . . . .	23	9 %
FC > (CF+C) + 1 . . . . .	45	18 %
(CF+C) > FC + 1 . . . . .	56	22 %
(CF+C) > FC + 2 . . . . .	25	10 %

S - Constelación Positiva . . . . .	12	15 %
HVI Positivo . . . . .	53	21 %
OBS Positivo . . . . .	3	1 %

CDI x 5 . . . . .	21	8 %
CDI x 4 . . . . .	67	27 %

**VARIABLES VARIAS**

Lambda > .99 . . . . .	108	43 %
Dd > 3 . . . . .	126	50 %
DQv + DQv/+ > 2 . . . . .	81	32 %
S > 2 . . . . .	122	49 %
Suma T x 0 . . . . .	161	64 %
Suma T > 1 . . . . .	35	14 %
3r + (2)/R < .33 . . . . .	80	32 %
3r + (2)/R > .44 . . . . .	90	36 %
Fr + rF > 0 . . . . .	59	24 %
C pura > 0 . . . . .	59	24 %
C pura > 1 . . . . .	10	4 %
Afr < .40 . . . . .	46	18 %
Afr < .50 . . . . .	101	40 %
(FM+m) < Sum claroscuro . . . . .	81	32 %

(2AB + Art + Ay) > 5 . . . . .	45	18 %
Populares < 4 . . . . .	27	11 %
Populares < 7 . . . . .	40	16 %
COP = 0 . . . . .	156	62 %
COP > 2 . . . . .	14	6 %
AG = 0 . . . . .	135	54 %
AG > 2 . . . . .	14	6 %
MOR > 2 . . . . .	45	18 %
Nivel 2 Sp. Sc. > 0 . . . . .	112	45 %
Suma 6 Sp. Sc > 6 . . . . .	55	22 %
Pura H < 2 . . . . .	89	36 %
Pura H = 0 . . . . .	19	8 %
p > a + 1 . . . . .	57	23 %
Mp > Ma . . . . .	67	27 %

## Tabla B

### Respuestas ordinarias de Barcelona y su entorno:

LOCALIZACION	FQ	CATEGORIA	FRECUENCIA	FQ SIST. COMPREH.
<b>LAMINA I</b>				
WS		o Cara (humana o animal)	20	-
D2		o Animal (con orejas - cortas)	15	-
D7		o Cara de perro o lobo)	7	u
Dd24		o Ropa	9	No aparece
<b>LAMINA II</b>				
D2		o Cabeza (humana)	19	-
D3	V	o Mariposa	5	No aparece
D6		o Tunel (entrada, incluye DS5)	6	No aparece
		o Pulmones	6	-
Dd99: D1+D2		o Figuras humanas o parahumanas	9	No aparece
<b>LAMINA III</b>				
D1	V	o Mosca (parte superior o cabeza)	5	No aparece
D2		o Feto	6	No aparece
		o Caballito de mar	8	u
D3		o Pajarita	30	No aparece
D7		o Lavadero, pica o barreño	9	No aparece
		o Bolso/s	11	No aparece
		o Cabeza (parahumana)	6	-
		o Cabeza (humana con Dd31 como gafas o máscara)	6	-
		o Mesa	11	No aparece
		o Objeto sin especificar	49	No aparece
		o Ropa	5	No aparece
		o Tambor/es, tam-tam	15	u
DdS23		o Delantal	8	No aparece
<b>LAMINA IV</b>				
W		o Oso	11	No aparece
W o D7		o Yeti	13	No aparece
D1		o Arbol	10	No aparece

LOCALIZACION	FQ	CATEGORIA	FRECUENCIA	FQ SIST. COMPREH.
<b>LAMINA V</b>				
W	V	o Pájaro	6	No aparece
		o Conejo con alas	9	No aparece
		o Figura humana	7	-
		o Figura parahumana	6	u
D4		o Capa o manto	11	u
		o Ala	6	u
D7		o Figura humana sin disfraz	7	-
D10		o Patas	13	u
<b>LAMINA VI</b>				
W		o Pescado (filete)	7	No aparece
	V	o Flor	9	u
		o Gato	5	u
		o Hoja	7	u
		o Piel de toro	6	No aparece
D1	V	o Animales (2, espalda, contra espalda)	5	u
		o Pescado (filete)	10	u
D3		o Cristo	6	No aparece
<b>LAMINA VII</b>				
W		o Figuras humanas (2)	52	u
D3		o Cabeza (parahumana)	11	u
		o Cabeza (humana)	14	-
		o Cara de animal	7	No aparece
	(u)	o Mapa de España	2	No aparece
D5		o Peineta	8	u
		o Pelo (cola de caballo o moño)	18	u
D9	(u)	o Mapa de España	3	No aparece
<b>LAMINA VIII</b>				
D1		o Camaleón	7	u
D2		o Esqueleto de animal	6	No aparece
		o Rocas	6	u
D4		o Arbol	7	u
D6		o Arbol	10	u
		o Roca, piedra	7	No aparece
D8		o Arbol	9	No aparece

LOCALIZACION	FQ	CATEGORIA	FRECUENCIA	FQ SIST. COMPREH.
<b>LAMINA IX</b>				
W		o Volcán (en erupción)	10	No aparece
D1		o Cabeza o cara humana (varias posiciones)	9	u
		o Gases o humos	6	u
D3		o Gamba o langostino	5	u
	V	o Figura humana o parahumana	5	u
D6		o Base (planta, copa o fuente)	8	No aparece
	V	o Buho	8	No aparece
		o Fuego	11	u
	V	o Hombros o torso	7	u
		o Humo o gases	5	u
		o Lava o magma	5	No aparece
D8/DS8		o Espalda	7	No aparece
		o Guitarra o violoncelo	7	No aparece
		o Nariz (burro o caballo)	6	u
D11		o Humo o gases (de volcán o explosión)	5	No aparece
		o Montaña (parte de volcán)	5	No aparece
Dd21		o Manos	5	No aparece
DdS23		o Ojos	14	u
Dd26		o Telescopio, catalejo	6	No aparece
		o Instrumento musical (flauta, trompeta, clarinete)	6	(trompeta) u
Ddo99 (D3 - Dd34 o -Dd25)		o Figura humana o parahumana	10	No aparece

#### LAMINA X

W		o Animales (no marinos, no especificados, o que se adecúan a los contornos)	10	u
		o Fuegos artificiales	6	u
D1		o Algas	8	No aparece
		o Manchas (tinta azul)	7	No aparece
D2		o Pájaro	7	No aparece (Vu)
		o Pez	8	No aparece (Vu)
D4		o Gusano	14	No aparece
D5		o Conejo	6	No aparece
D6	V	o Figuras humanas (2)	6	u
		o Gafas	9	-
		o Pelvis	8	No aparece

LOCALIZACION	FQ	CATEGORIA	FRECUENCIA	FQ SIST. COMPREH.
		o Sostén	6	u
D7		o Insecto	6	No aparece
D8		o Animal	16	-
		o Cangrejo	6	u
		o Pulga	7	No aparece
		o Roedor	7	u
		o Toro	7	No aparece
D9		o Caballito de mar	14	u
		o Capa (a menudo parte de DdS22)	7	No aparece
		o Figura humana	9	u
		o Mapa	11	-
D10		o Bigote	6	No aparece
D11		o Animales (D8+D14 como objeto aparte)	18	No aparece
		o Pulmones	8	-
D14		o Palo	16	No aparece
Dd21		o Sistema respiratorio	5	No aparece
DdS22		o Cara	8	-
	V	o Cara	8	No aparece
		o Figura humana o parahumana	6	No aparece

Dirección:  
VERA CAMPO  
Fernando Agulló, 24  
08021 Barcelona

# Rasgos del contenido y del resumen estructural Rorschach característicos de los finlandeses: Una comparación transcultural\* (Finlandia)

---

Carl-Eric Mattlar, Anette Carlsson, Camilla Forsander, Laila Norrlund, Ann-Sofi Öist, Juhano Mäki, y Erkki Alanen

## RESUMEN

El lenguaje Rorschach ha sido comparado con la confusión de lenguajes que sobrevino a la humanidad después de la construcción de la Torre de Babel. Los mismos símbolos de codificación han sido definidos de maneras diferentes en los sistemas principales y sus interpretaciones fueron divergentes. El Sistema Comprensivo (CS) ha llevado orden y fuerza lógica a la interpretación por medio de un proceso sistemático de validación. La universalidad de los hallazgos aún debe ser resuelta. Por ejemplo, Oberholzer y Hertz, respectivamente, reclamaron validez universal para 8 y 9 respuestas populares. En Finlandia y Escandinavia parecen existir algunas características del sombreado especiales, y la estructura de la localización, por ejemplo, en África del Norte se desvía considerablemente de la europea y estadounidense. En este trabajo se compararán los datos de un estudio mayor de la comunidad finlandesa con los datos presentados por Rorschach Workshops.

## Introducción

Al comparar los datos del Rorschach transculturalmente nos encontramos con dificultades enormes. Además de los cinco sistemas americanos principales (Klopfer, Beck, Piotrowski, Rapaport y Hertz) tenemos un número de sistemas usados con menor frecuencia por psicólogos en Europa, esto es, los de Alcock, Bohm, Anzieu, Rausch de Traubenberg, y Rizzo (Rizzo y colab., 1980). En todos los sistemas americanos principales los símbolos de codificación han sido definidos e interpretados de maneras diferentes (ver Exner, 1969). El Sistema Comprensivo (CS) ha llevado orden y fuerza lógica a la interpretación por medio de un proceso de validación sistemática (Exner, 1993; Weiner 1993). Esto último también es extremadamente importante dado que en los años previos ha sido difícil equilibrar indicadores patológicos y factores estabilizantes. A menudo se ha asegurado que: "Es extremadamente difícil obtener un certificado de salud por el Rorschach". Hoy en día procesos interpretativos más sofisticados, en particular los clusters "Capacidad de control y tolerancia al estrés", "Estrés situacional" e "Ideación" nos permiten reconocer capacidad, competencia y asimismo salud mental.

---

\* Trabajo presentado en el Simposio Interactivo Transcultural, Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lisboa, 1993. Traducido por Vera Campo.

La cuestión básica al realizar estudios transculturales es, sin embargo, si las características de personalidad utilizadas son realmente universales, o, para decirlo de otro modo, si por ejemplo existen algunos rasgos que son exclusivamente característicos de los finlandeses. Actualmente sabemos que ciertos contenidos son de primordial importancia en la constitución de un cuerpo transcultural. Con todo, la localización y la estructura de los determinantes es interpretativamente más importante. Una comparación de Rorschach, Bohm, Beck, Phillips & Smith, Piotrowski, Klopfer, Rapaport, Loosli-Usteri, Alcock, Ames y Exner, muestran un acuerdo sorprendente sin tener en cuenta las discrepancias en la codificación (Mattlar, 1986). El CS, cuando es correctamente aprendido, ofrece una oportunidad para descifrar la existencia de semejanzas y diferencias con respecto a la personalidad presumiblemente determinadas por lo cultural.

### La meta de este estudio

La cuestión fundamental estudiada es: ¿qué diferencias son encontradas con respecto de los contenidos más frecuentemente dados, como así también de las variables de codificación formales? Este estudio subraya la comprensión de las diferencias halladas.

### Sujetos

Se utilizaron dos grupos de sujetos. Para el Resumen Estructural los datos corresponden a un estudio longitudinal de 15 años de una muestra aleatoria mayor realizado en 1975. Los sujetos tenían entre 35 y 75 años cuando este estudio comenzó (1990). También se ofrecen datos separadamente para todos los sujetos examinados en 1990 ( $n = 92$ ) y para los que dieron  $\geq 14$  respuestas ( $n = 70$ ). Para la respuesta Popular se utilizó una base de datos finlandesa mayor ( $n = 357$ ).

### Resultados

En lo que concierne a la respuesta Popular (ver Tabla 1 en el Apéndice) la concordancia entre los finlandeses y los ciudadanos norteamericanos (Exner, 1990) es buena en general. Sin embargo hay algunas excepciones: en Finlandia las figuras humanas o para-humanas de la Lámina IX son vistas sólo por un 4%, el cangrejo de la Lámina X por un 8%, y la mariposa de las Láminas I y V es vista por un 25% y 16% respectivamente. Con respecto al cangrejo de la Lámina X debe recordarse que en Finlandia casi no hay cangrejos y las mariposas son escasas, por lo menos durante el invierno, al igual que las arañas (Lámina X). Por otra parte, la mariposa es un percepto volador y el murciélago (59% en Lámina I y 68% en Lámina V) es ciertamente usual. Más difícil de comprender es la frecuencia



Puede ser pe influyese la edad en lo percipos de la L IX?

extremadamente baja del percepto humano o para-humano de la Lámina IX, como asimismo la ocurrencia inesperadamente baja del contenido humano en la Lámina VII. Por otro lado, el percepto de los duendes de Navidad en la Lámina II revela una ocurrencia del 32%. Que esta respuesta particular sea tan usual podría deberse al hecho de que el protector del hogar en la mitología escandinava, el duende bueno, llevaba un abrigo gris (no el rojo y blanco del Papá Noel comercial). Además, la piel, cuero o alfombra de animal (W) ocurre con una frecuencia de 57% en la Lámina IV.

En cuanto a las variables de los clusters del Resumen Estructural (ver Tabla 2, en el Apéndice) la D.T. usualmente es bastante alta comparada con los hallazgos de Exner. Esto se puede deber a la pequeñez de la muestra, pero asimismo puede tener implicaciones interpretativas.

Las variables vinculadas al control y el estrés revelan dos hallazgos importantes: ambos puntajes D están en menos, y es desmedidamente alto. Eso último parece deberse principalmente a los altos valores de Y, m y V.

En el cluster de la autopercepción los reflejos son inesperadamente altos (Fr+ rF), y el contenido humano puro, H, claramente más bajo que en los Estados Unidos. Respecto de los rasgos afectivos, tanto la C pura como el espacio blanco son elevados. Los valores del CDI y del DEPI son tan altos que merecen ser cuidadosamente verificados; por otra lado investigaciones epidemiológicas han mostrado que la depresión y la melancolía son característicos de los finlandeses.

En la tríada cognitiva el Lambda es casi equivalente (0.61) al de los adultos no-pacientes de Exner. La P es ligeramente inferior, la W más alta, el FQx+% más bajo, la Zd más baja y la 6Suma Códigos Especiales más alta que en la muestra U.S.A.

## Discusión

¿Y a qué conclusiones nos autorizan estos hallazgos, cómo deberíamos comprenderlos, y qué es lo que implican con respecto a investigaciones futuras?

La estructura de las categorías de contenidos más usuales muestra que los finlandeses comparten una estructura perceptual mutua con los sujetos de U.S.A., y, de hecho también con sujetos en la mayoría de los países occidentales (Mattlar, 1986). Sin embargo, existen dos excepciones notorias. La primera trata la cuestión del contenido humano. Claramente ocurre menos en los protocolos finlandeses que en otras partes y parece estar dominada por contenidos entre paréntesis. Esto es particularmente aplicable a la Lámina II, pero los duendes de Navidad también aparecen con bastante frecuencia en la Lámina VII. La segunda concierne la piel de animal en la Lámina IV. Esta respuesta ocurre con una frecuencia inordinadamente alta, como sucede con el mismo contenido en la Lámina VI, un incidente con consecuencias interpretativas potencialmente más grandes.



Los finlandeses no parecen estar cómodos o tranquilos. Aunque el EA es razonablemente alto (7.1, D.T. 4.2), ambos puntajes D están en menos. Parece haber dos explicaciones posibles: considerando los datos de referencia norteamericanos, la M está claramente más baja, y el es más alto que lo esperado. Esto último se debe primordialmente al alto valor de Y, pero asimismo m y V exceden los valores esperados.

Además, los finlandeses se hallan altamente motivados, llenos de aspiraciones, con metas elevadas -o por lo menos parecen tener "fantasías de realizar grandes logros" (ver Daun y colab., 1989)- y una propensión a la hostilidad, más que el grupo de referencia de los EE.UU. El nivel de narcisismo es alto y el interés maduro en los humanos inesperadamente bajo, en particular al considerar cuán importantes parecen ser para los finlandeses las relaciones de amistad cercanas y prolongadas (Daun y colab., 1989). Por otra parte, como nación Finlandia parecería autosuficiente y xenofóbica, por lo menos al tomar en consideración que durante los últimos 5 años Finlandia ha aceptado un total de <10.000 refugiados (comparado con Suecia, por ejemplo, donde han sido aceptados >5.000 refugiados por año durante el mismo período). Esta misma constelación (W, Fr+rF, S, y C pura altos) por otro lado puede explicar por lo menos en parte por qué.

Finlandia retuvo su independencia durante la segunda guerra mundial. En este sentido se podría recordar que el carácter arquetípico era el guerrero en traje de combate blanco, en el bosque nevado (a 30 grados bajo cero), una persona extremadamente independiente y no especialmente sujeta a órdenes pero sumamente efectiva y confiable.

Finalmente, el DEPI es bastante inesperada y desmedidamente alto. Sí sabemos que la prevalencia de la depresión es alta en Finlandia; 18% refiere depresión o melancolía subjetivamente experimentada, y la depresión clínicamente diagnosticada se encuentra en el 4.6% (Lehtinen y colab., 1990; Aromas y colab., 1989). Con todo, aquí el hallazgo es substancialmente más alto. Puede haber algún error de codificación y de programa ADP aunque esto es altamente improbable. El DEPI, validado en los EE.UU., puede ser extremadamente sensitivo sin ser suficientemente específico, y puede haber rasgos y/o constelaciones en Finlandia que disparan el DEPI, pero que son poco frecuentes en U.S.A. Aquí se debe recordar la abundancia del contenido piel de animal en las Láminas IV y VI (a menudo codificadas T, Y, o C'); el hecho que Fr+rF, V y MOR son usuales y que COP es relativamente raro debido a la M baja, todas estas variables cargan el DEPI. Podríamos necesitar una validación transcultural pero por otro lado los finlandeses podrían ser realmente depresivos.

Al reflexionar acerca de los resultados un par de fuentes de error deberían ser recordados (Butcher, 1987). Técnicamente, los errores de codificación pudieran crear diferencias aún más amplias que las halladas aquí. Sin embargo, el primer autor ha demostrado un acuerdo entre evaluadores > 80% respecto de la codificación con otros psicólogos que

usan el Sistema Comprensivo, y así esta posibilidad probablemente puede ser descartada. Además, pueden existir características semánticas en inglés y/o finlandés que explicasen algunas de las diferencias, pero su impacto probablemente es marginal. La representatividad de la muestra puede explicar las diferencias en parte; con todo la muestra finlandesa, aunque pequeña, es una muestra de la comunidad. Finalmente, es sólo escasamente posible que características de personalidad similares aparezcan de maneras diferentes en culturas distintas; por lo tanto sugerimos más investigación transcultural.

En conclusión, hallamos tanto concordancias como diferencias respecto de la estructura de los contenidos más frecuentes y del Resumen Estructural. El acuerdo puede substanciar la existencia de características de personalidad ampliamente humanas, globalmente comunes. Por otro lado, las diferencias pueden respaldar la existencia de un enigma, la desvaneciente entidad denominada "carácter nacional" (Terhune, 1970; Gaunt & Löfgren, 1983; Hofstede, 1984).

## BIBLIOGRAFIA

- ABEL, T. M. (1973). *Psychological Testing in Cultural Contexts*. New Haven, CN: College and University Press.
- AL-ISSA, I. (1970). Cross-cultural studies of symptomatology in schizophrenia. En *Cross-Cultural Studies of Behavior*. I. Al-Issa & W. Dennis (Eds.), pp.494-510. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- AROMAA, A., HELIÖVAARA, M., IMPIVAARA, O., KNEKT, P., MAATALA, J., JOUKMAA, M., KLAUKKA, T., LEHTINEN, V., MELKAS, T., MÄLKIÄ, E., NYMAN, K., PAUNIO, I. REUNANEN, A., SIEVERS, K., KALIMO, E. KALLIO, V. (1989). *Toimintakyky ja Hoidontarve Suomessa* (Salud, Limitaciones Funcionales y Necesidad de Cuidados en Finlandia), (ver p.181 ff.). Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32.
- BUTCHER, J.N. (1987). Introduction to special series. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55 (4), 459-460.
- DAUN, A., MATTLAR, C-E., ALANEN, E. (1989). Personality traits characteristic for Finns and Swedes. *Ethnologica Scandinavica*, 19, 30-50.
- EXNER, J. E. (1969). *The Rorschach Systems*. New York: Grune & Stratton.
- EXNER, J. E. (1990). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*. (3a ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshops.
- EXNER, J. E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System. Basic Foundations*. Vol. 1. (3a.ed.) New York: Wiley.
- GAUNT, D. & LÖFGREN, O. (1983). *Myter om Svensken*. Stockholm.
- HOFSTEDE, G. (1984). Culture's consequences. International differences in work-related values. Beverly Hills, CA: Cross-Cultural Research and Methodology Series, Vol. 5.
- LEHTINEN, V., JOUKAMAA, M., LAHTELA, K., RAITASALO, R., JYRKINEN, E., MAATELA, J. y AROMAA, A. (1980). Prevalence of mental disorders among adults in Finland: Basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr. Scand.*, 81, 418-425.
- MATTLAR, C-E. (1986). Finnish Rorschach responses in cross-cultural context: A normative

- MATTLAR, C-E. (1986). Finnish Rorschach responses in cross-cultural context: A normative study. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology, and Social Research* 58.
- RIZZO, C., PARISI, S., y PES, P. (1980). *Manuale per la Raccolta, Localizzazione e Singlatura delle Interpretazioni Rorschach*. Roma: Edizioni Kappa.
- TERHUNE, K.W. (1970). From national character to national behavior: A reformulation. *Conflict Resolution, Vol. XIV: 2*.
- WEINER, I. B. (1993). Speaking Rorschach: A tower of Babel no longer. *Rorschachiana XVIII. Yearbook of the International Rorschach Society*, p. 1-6. Seattle: Hogrefe & Huber.
- WESTERMEYER, J. (1987). Cultural factors in clinical assessment. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55 (4), 471-478.

## APENDICE

**Tabla 1**

**Respuestas Populares de acuerdo con el Sistema Comprehensivo \* comparadas con las respuestas más frecuentes en Finlandia (n = 357), por Lámina.**

Lámina	Frecuencia	Porcentaje (%)
I		
Murciélago* (W)	212	59
Mariposa* (W)	90	25
II		
Animal* (D1)	152	43
Duendes de Navidad (W, Dd99)	114	32
III		
Figura Humana* (D1, D9)	319	98
IV		
Figura humana o para-humana* (W, D7)	106	30
Piel, cuero o alfombra de animal (W, D7)	204	57
V		
Murciélago* (W, Dd99)	243	68
Mariposa* (W, Dd99)	59	16
VI		
Piel, cuero o alfombra de animal* (W, D1)	211	59
VII		
Cabeza o cara humana* (visto en D1; D1, D9, D2 o W con D4 como objeto separado)	74	21
Figura para-humana (D2)	22	6
VIII		
Animal* (D1)	322	90
IX		
Figura humana o para-humana (D3)	16	4
X		
Cangrejo <14>* (D1), <bogavante 17>	31	8
Araña* (D1)	84	24

N = 357

**Tabla 2**

**Comparación respecto de variables del Resumen Estructural entre datos comunitarios finlandeses y los 700 adultos no pacientes de Exner**

	Datos finlandeses				Datos de 700 adultos no-pacientes, Exner	
	(Todos, n = 92)		(R ≥ 14, n = 70)			
<b>Capacidad de control, tolerancia al estrés</b>						
Daj	-0.34	D.T. 1.1	-0.40	D.T. 1.3	0.20	D.T. 0.9
EA	6.45	D.T. 3.9	7.08	D.T. 4.2	8.82	D.T. 2.2
EB	2.70	: 3.76	2.99	: 4.09	4.30	: 4.52
es	9.47	D.T. 5.3	10.53	D.T. 5.5	8.21	D.T. 3.0
eb	4.96	: 4.51	5.36	: 5.17	4.82	: 3.39
<b>Estrés Situacional</b>						
D	-0.80	D.T. 1.4	-0.96	D.T. 1.5	0.04	D.T. 1.1
T	1.09	D.T. 1.1	1.22	D.T. 1.2	1.03	D.T. 0.6
m	1.42	D.T. 1.4	1.61	D.T. 1.5	1.17	D.T. 0.9
Y	1.39	D.T. 1.4	1.63	D.T. 1.5	0.57	D.T. 1.0
<b>Autopercepción</b>						
Reflejos	0.54	D.T. 1.2	0.66	D.T. 1.3	0.08	D.T. 0.4
Egocent.	0.38	D.T. 0.2	0.37	D.T. 0.2	0.39	D.T. 0.1
FD	0.87	D.T. 1.1	1.06	D.T. 1.2	1.16	D.T. 0.9
Vista	0.60	D.T. 0.9	0.71	D.T. 1.0	0.26	D.T. 0.6
H:Hd (H) (Hd)	1.61	: 1.8	1.74	: 2.04	3.39	: 2.0
<b>Percepción Interpersonal</b>						
CDI	52%		47%		3%	
HVI, % sí	2%		3%		2%	
a : p	4.43	: 3.26	4.71	: 3.69	6.48	: 2.69
<b>Rasgos Afectivos</b>						
DEPI (≥ 5)	35%		43%		3%	
FC : CF + C	1.29	: 2.67	1.43	: 2.93	4.09	: 2.44
C Pura	0.89	D.T. 0.9	0.93	D.T. 1.0	0.08	D.T. 0.3
Afr	0.49	D.T. 0.1	0.51	D.T. 0.1	0.69	D.T. 0.2
Espacio blanco	1.65	D.T. 2.1	1.99	D.T. 2.3	1.47	D.T. 1.2
<b>Tríada Cognitiva</b>						
Lambda	0.70	D.T. 1.3	0.61	D.T. 1.2	0.58	D.T. 0.3
OBS, % sí	0		0		2	
Populares	5.40	D.T. 2.0	5.56	D.T. 2.1	6.89	D.T. 1.4
W	9.01	D.T. 3.0	9.50	D.T. 4.2	8.55	D.T. 1.9
FQx+%	0.63	D.T. 0.1	0.61	D.T. 0.1	0.79	D.T. 0.1
Zd	-1.39	D.T. 4.2	-1.65	D.T. 4.6	0.72	D.T. 3.1
Suma 6Có.Es.	2.54	D.T. 2.3	2.79	D.T. 2.2	1.62	D.T. 1.3
<b>R total</b>	<b>18.20</b>	<b>D.T. 8.5</b>	<b>20.30</b>	<b>D.T. 8.7</b>	<b>22.67</b>	<b>D.T. 4.2</b>

Dirección:  
C-E MATTLAR  
Peltolantre, 3  
20720 Turku 72, Finlandia

## Diferencias nacionales en la frecuencia de respuestas populares y comunes al Rorschach. Un estudio de sujetos venezolanos

David Ephraim, Elba Acevedo, Carolina Álvarez y Sergio Rueda

### RESUMEN

La presente investigación se propone: (1) Identificar las respuestas Populares, así como, en general, las respuestas más comunes al Rorschach de los habitantes de la ciudad de Caracas. (2) Comparar los resultados obtenidos con los reportados por Exner (1986) para la población norteamericana. (3) Estudiar el influjo en las respuestas Populares de las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel socioeconómico.

Los distintos autores parecen coincidir en cuanto a la interpretación de las respuestas Populares. Para Rorschach (1923, p. 187), éstas representaban "la participación del individuo en la modalidad aperceptiva común o colectiva". Bohm (1953) consideró la respuesta Popular como el exponente de una "norma de grupo" que dependería ampliamente de los factores nacionales y de la mentalidad popular o "carácter nacional". Rapaport, Gill y Schafer (1946), recalcaron que las respuestas Populares son hasta cierto punto obligadas, al exigir poca flexibilidad perceptual o riqueza en los procesos asociativos; el número óptimo de respuestas P señalaría la presencia de un "sentido común" adecuado. Según Rausch de Traubenberg (1970, p. 140), el número de banalidades -término adoptado por la Escuela francesa- "se ve reducido por la falta de contacto con la realidad objetiva y social, por el desinterés o por la oposición sistemática. Tal número aumenta, por el contrario, con el deseo de conformismo, de docilidad pasiva, incluso de celo o deseo de escapar al examen psicológico". Finalmente, para Exner (1988, p. 157), las respuestas Populares "representan la capacidad para la percepción convencional".

Independientemente del grado de coincidencia entre los diversos autores respecto a la interpretación de las respuestas Populares, parece haber prevalecido, en opinión de Bolzinger (1991, p. 297), un sesgo negativo en su interpretación. Según este autor: "La respuesta banal extrae su substancia de una conducta realista y adaptativa y no de un conformismo respecto a los clichés del ambiente. Su resorte no es social, sino psicológico. El sujeto que da una respuesta banal no busca hacer como todo el mundo: ignora que su respuesta se encontrará idéntica en numerosos protocolos".

Aunque todos los sistemas del Rorschach han incluido las respuestas Populares como un aspecto fundamental de la prueba, se presentan diferencias en cuanto al criterio seguido para identificarlas. Para Piotrowski (1957), la respuesta Popular se define por su presencia en al menos uno de cada cuatro sujetos examinados; Rapaport et al. (1946) recomendaron incluir aquellas respuestas presentes en uno de cada cinco protocolos; el criterio de Hertz (1970) es el más amplio, al considerar como Populares a las respuestas dadas por al menos uno de cada seis sujetos. Por otra parte, Klopfer y Davidson (1962) al igual que Exner (1986), se guiaron por la propuesta original de Rorschach respecto a uno de cada tres protocolos. Bohm (1953), finalmente, consideró que la auténtica cifra debería situarse entre la tercera y la sexta parte de los sujetos examinados.

En cuanto a la universalidad de las respuestas Populares, Piotrowski (1957) sugirió que éstas pueden variar de un país a otro, reflejando diferencias en la geografía y la cultura. Ya Bohm (1953) había escrito que la respuesta *payasos* (Lámina II) era Popular en Suiza y otros países europeos, pero relativamente rara en los protocolos norteamericanos. Entre los ejemplos recientes tenemos algunas respuestas que aparecen con mayor frecuencia en ciertos grupos nacionales o culturales. En Finlandia, por ejemplo, Mattlar, Knuts y Alanen (1987) incluyeron el percepto "duende de navidad" en el marco de la respuesta Popular *dos personas* ante la Lámina II. En el Japón, Akitani (1987) reportó como muy frecuente (14 %) la respuesta *flor* a la Lámina VIII.

Varios estudios recientes han llamado la atención, ya no sobre el contenido, sino sobre la cantidad de respuestas Populares en distintos grupos nacionales. Los trabajos de Sendín (1981) y de Larraz y Valero (1988) en España, y de Silva, Novo y Prazeres (1990) en Portugal, revelaron claras diferencias en el número de respuestas Populares en sus respectivos países con respecto a la muestra norteamericana del Sistema Comprehensivo (Exner, 1986). A partir de éste y otros hallazgos, Silva et al. (1990), concluyeron afirmando que los datos normativos establecidos por Exner y sus colaboradores para la población norteamericana no debían ser aplicados tal cual en los países europeos.

En el marco de esta investigación, es importante mencionar que pocos estudios publicados sobre las respuestas Populares han prestado atención a las diferencias intraculturales. Entre las excepciones están los siguientes comentarios de Exner (1986) sobre ciertas discrepancias asociadas al género.

"Las mujeres reportan la popular mariposa más frecuentemente que los hombres en las Láminas I y V, mientras que los hombres responden murciélago ante estas láminas con mayor frecuencia. De manera similar, los hombres reportan cangrejo en la Lámina X

más frecuentemente que las mujeres, ocurriendo lo contrario con la respuesta araña. En la Lámina VII, las mujeres identifican más corrientemente las figuras humanas Populares como mujeres que como niños o indios; lo inverso ocurre con los sujetos masculinos. El mismo patrón de diferencias se presenta para la Popular de la Lámina VIII. Los hombres reportan animales grandes y no domésticos con mayor frecuencia, mientras que las mujeres reportan más frecuentemente animales pequeños y domésticos" (p. 159).

Además de comparar con la muestra norteamericana el número y frecuencia de aparición de las respuestas Populares y comunes, se examinan en este estudio las diferencias en las respuestas Populares de hombres y mujeres, con el objeto de poner a prueba la universalidad de las hipótesis de Exner. Igualmente se estudian las diferencias asociadas a la edad y el nivel socioeconómico, variables descuidadas hasta el presente en las investigaciones normativas de las respuestas Populares.

## Metodología

**Sujetos.** Se recogieron 216 protocolos de adultos no pacientes, en el marco de un estudio normativo del Rorschach para la ciudad de Caracas. Los sujetos fueron todos venezolanos por nacimiento, con un mínimo de diez años de residencia en el área metropolitana de Caracas. La muestra estuvo constituida por grupos equivalentes para ambos sexos, tres niveles de edad (20-31, 32-43 y 44-55) y cuatro niveles socioeconómicos, los cuales correspondieron aproximadamente a las clases alta y media alta (AB), media (C), baja (D) y marginal (E).

**Procedimiento.** Veinte estudiantes con formación de pregrado en Psicología Clínica Dinámica (Universidad Central de Venezuela) administraron el Rorschach según los procedimientos del Sistema Comprensivo (Exner, 1990). A los examinadores les fue asignado -siguiendo la técnica de "bola de nieve"- establecer contacto individualmente con un número determinado de sujetos voluntarios de cada sexo, edad y nivel socioeconómico, a quienes informaron acerca del objetivo del estudio: obtener datos sobre el funcionamiento de la prueba en nuestro país.

## Dicusión de resultados

En la Tabla 1 se presenta la lista de respuestas que cumplieron con los criterios adoptados más frecuentemente para calificar los perceptos como Populares: presencia de la respuesta en al menos uno de cada tres protocolos y en al menos uno de cada seis protocolos.

Al contrastar los datos de sujetos venezolanos con los suministrados por Exner (1986), se observa un número menor de respuestas Populares en



Casualmente la idea por sí me  
había ocurrido con diferencia  
sexo

1 de cada 3 protocolos

1 de cada 6 protocolos

Tabla 1

Respuestas Populares de adultos no pacientes habitantes de Caracas, en base a las frecuencias de ocurrencia de al menos una respuesta por cada tres protocolos y por cada seis protocolos.

LAM.	LOC	1/3 <sup>a</sup>	%	1/6 <sup>b</sup>	%
I	W	MURCIÉLAGO	41		
I	W			MARIPOSA	24
II	D1			PERRO, ELEFANTE, OSO, CARA O ANIMAL COMPLETO	24
II	W			FIGURAS HUMANAS O HUMANIZADAS	18
III	D1 o D9	FIGURA HUMANA O SU REPRESENTACIÓN	80		
III	D3			MARIPOSA (posición normal o invertida)	17
III	D3			LAZO O CORBATA DE LACITO (posición normal o invertida)	16
IV	W o D7	FIGURA HUMANIZADA O HUMANA	39		
V	W	MURCIÉLAGO (posición normal o invertida)	57		
V	W	MARIPOSA (posición normal o invertida)	39		
VI	W			PIEL DE ANIMAL, CUERO O ALFOMBRA	30
VII	D1 o D9	CARA O CABEZA HUMANA	53		
VIII	D1	FIGURA ANIMAL COMPLETA	65		
IX					
X	D1	CANGREJO O ARAÑA	35		

Nota. N=216.

<sup>a</sup> Respuestas presentes en uno de cada tres protocolos. <sup>b</sup> Respuestas presentes en uno de cada seis protocolos.

la muestra de Caracas: 8 perceptos, en lugar de los 13 reportados para la muestra norteamericana.

Complementa este dato el que las frecuencias de aparición de las respuestas Populares del Sistema Comprehensivo son menores en nuestra lista para todas las respuestas, con excepción del *murciélagos* en la L. V. En la Tabla 2 se comparan ambas muestras en cuanto a las frecuencias de aparición de las respuestas Populares y algunas comunes.

Al contrastar con nuestros datos los porcentajes de algunas respues-



tas que Exner reporta como bastante frecuentes para la muestra norteamericana, impresiona de nuevo el amplio margen de diferencia. Así, este autor menciona que más de 50 respuestas se presentaron con una frecuencia de aparición entre el 13 % y el 17 % de los protocolos; en nuestro caso, sólo 2 respuestas más cumplirían con este requisito.

En conclusión, la muestra norteamericana tiende a coincidir en más respuestas y con frecuencias mucho mayores que nuestros sujetos.

La observación de un número menor de respuestas Populares que las obtenidas por el Sistema Comprensivo se ha presentado en diversos estudios que utilizaron este listado como criterio de comparación transcultural. Sendín propuso la siguiente interpretación, referida a su muestra de sujetos de la ciudad de Madrid: "Su más baja aparición (de las respuestas Populares) entre nosotros, podría referirse a una tendencia menor a percibir 'lugares comunes'... como esta tendencia podría estar basada y/o influida por pautas

**Tabla 2**

**Comparación de las frecuencias de aparición de respuestas Populares y Comunes, entre la muestra de adultos no pacientes habitantes de Caracas y la muestra norteamericana del Sistema Comprensivo.**

LAM.	LOC.	RESPUESTA	% LOCAL	% S.C.
I	W	Murciélago	41	48
	W	Mariposa	24	40
	WS	Rostro animal o máscara	14	24
	D4	Figura femenina	6	25
II	D1	Cabeza o animal completo	24	34
	DS5	Cohete	3	19
III	D1 o D9	Figura humana o su representación	80	89
	D3	Mariposa	17	21
IV	W o D7	Figura humanizada o humana	39	53
	W	Piel de animal	5	22
V	W	Murciélago	57	36
	W	Mariposa	39	46
VI	W	Piel de animal, cuero o alfombra	30	87
VII	D1 o D9	Cara o cabeza humana	53	59
VIII	D1	Figura animal completa	85	94
IX	D3	Figura humana o humanizada	7	54
X	D1	Araña	15	42
	D1	Cangrejo	21	37

culturales que acentuaran más lo individual en detrimento de lo colectivo" (p.6).

La mayor variabilidad con que nuestros sujetos respondieron a los estímulos del método -la cual condujo a porcentajes de acuerdo inferiores, tanto en las respuestas Populares como comunes en general- podría interpretarse siguiendo a algunos de los autores citados inicialmente, como un menor ajuste a una norma de grupo.

Una interpretación más comportamental de estos datos (Bolzinger, 1991), nos conduciría a pensar que nuestros sujetos y los norteamericanos difieren ampliamente en cuanto al grado en que están orientados a percibir, pensar y actuar de manera realista -en el sentido de ajuste o acomodación a las características del estímulo-.

En un estudio de este mismo grupo de sujetos según las variables del Sistema Comprensivo (Ephraim, Riquelme y Ocupatti, 1993), tras agrupar algunos resultados (Lambda, Dd, P, FQ, FC) concluimos lo siguiente: se podría describir el comportamiento de una alta proporción de nuestros sujetos como más idiosincrático y personal, despreocupado y/o errático, tanto en el intercambio social como en los procesos de toma de decisiones y solución de problemas.

Debido a que la muestra de Caracas presenta una proporción mucho más elevada que la norteamericana de sujetos pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos (25 % en pobreza crítica y 25 % de clase baja), nos interesamos en observar si esta variable se acompañaba de cambios en las frecuencias de aparición de las respuestas Populares y comunes en general, no encontrando diferencia alguna. Dado que el estrato socioeconómico no parece influir en este aspecto, concluimos que el contraste reportado anteriormente entre la muestra norteamericana y la muestra de Caracas no responde a sesgos muestrales, sino que constituye un verdadero hallazgo transcultural.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres en sus respuestas al Rorschach se encontraron las siguientes diferencias significativas:

(a) Las mujeres reportaron con mayor frecuencia (49 %) que los hombres (32 %) la respuesta Popular *murciélago* ante la Lámina I  $\chi^2 (1, N=216) = 6,213, p < .01$ .

Este hallazgo es contrario al reportado por Exner (1986), según quien las mujeres dan con menor frecuencia que los hombres la respuesta *murciélago*, ocurriendo lo contrario con el percepto *mariposa*.

(b) Las mujeres reportaron con mayor frecuencia (76 %) que los hombres (54 %) la respuesta Popular a la Lámina VIII: *figura animal completa*  $\chi^2 (1, N=216) = 11,693, p < .001$ . La mayor diferencia en cuanto a los contenidos se observó en la subcategoría "felinos" (34 % de mujeres vs. 19 % hombres), en la cual se incluyen respuestas del tipo tigre, gato, puma, leopardo, felino, pantera.

Dado que la inmensa mayoría de estas respuestas se refieren a

animales grandes y no domésticos (51 % vs. 7 %), este hallazgo se opone, de nuevo, al descrito por Exner (1986), quien reportó que las mujeres dan con mayor frecuencia que los hombres animales pequeños y domésticos.

(c) En los protocolos de mujeres (18 %) se presentó con mayor frecuencia que en los protocolos masculinos (5 %) el contenido *viejita* (o vieja, abuela o anciana) en la respuesta Popular a la Lámina VII, independientemente del grupo etario  $\chi^2(1, N=216) = 9,178, p < .01$ .

(d) En cuanto al género de la respuesta Popular de la Lámina III, las mujeres reportaron indistintamente uno u otro (22 % vs 22 %), mientras que los hombres tendieron más a ver más la figura humana femenina (30 %) que la masculina (15 %), (un dato interesante: la respuesta *hermafrodita* a esta lámina fué dada por seis hombres y sólo una mujer).

En cuanto a las diferencias asociadas al grupo etario, se observó únicamente que las respuestas más comunes a las láminas II y VI aumentaron progresivamente su frecuencia de acuerdo a la edad (11-17-24 para *perro, elefante, oso, cara o animal completo* en la II; 16-22-27, para *piel de animal, cuero o alfombra* en la VI).

## Conclusiones

Al comparar el número y la frecuencia de aparición de las respuestas Populares y comunes en nuestro grupo de referencia con la muestra del Sistema Comprehensivo (Exner, 1986), impresiona la magnitud de las discrepancias. La muestra norteamericana de adultos no pacientes coincide en más respuestas, y con frecuencias mucho más elevadas, que los sujetos habitantes de Caracas. Estos datos parecen apuntar a una notoria diferencia psicocultural, en la cual no influyen el nivel socioeconómico, el género o la edad.

En cuanto a las variantes intraculturales consideradas, se encontraron ciertas diferencias significativas entre hombres y mujeres, algunas de ellas opuestas a las reportadas por el Sistema Comprehensivo. La ausencia de mayores diferencias en cuanto al nivel socioeconómico refuerza el valor de la comparación transcultural, y plantea la posibilidad de que aquellas muestras que no tomen en cuenta esta variable podrían ser igualmente representativas de la población general.

## Nota de agradecimiento

Las siguientes personas colaboraron en la recolección de la mayor parte de los protocolos que fueron utilizados en este estudio: Roberta Occupati, J. Jacobo Riquelme, Giovanna Paván, Luis Garmendia, Catrín Ramírez, Carmen María Ivashevski y Débora Orribarri. Agradecemos igualmente al Profesor Max Contasti su generosa colaboración en el procesamiento estadístico de los datos.

## BIBLIOGRAFIA

- AKITANI, T. (1987). "Popular responses of Japanese and their culture". *Rorschachiana*, 63, 104-108.
- BECK, S. J., BECK, A. G., LEVITT, E. R. y MOLISH, H. B. (1961). *Rorschach's Test I. Basic Processes*. New York: Grune & Stratton.
- BOHM, E. (1953). *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata.
- BOLZINGER, A. (1981). Méthode clinique et méthode Rorschach: chronique d'un divorce. *Bulletin de Psychologie*, XIV, 402, 459-484.
- EPHRAIM, D., RIQUELME, J. J. y OCCUPATI, R.: (1993, Julio). Datos normativos de habitantes de Caracas según el Sistema Comprehensivo del Rorschach. Ponencia presentada en el simposio Estudios Transculturales en el Rorschach. XIV Congreso Internacional de Rorschach y otros Métodos Proyectivos, Lisboa.
- EXNER, J. E. (1986): *The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 1: Basic foundations*. Second edition. New York: Wiley.
- EXNER, J. E. (1990): *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*. Third edition. Asheville, Rorschach Workshops.
- HERTZ, M. R. (1970). *Frequency tables for scoring Rorschach responses*. Cleveland: Western Reserve University Press.
- KLOPFER, B. y DAVIDSON, H. H. (1962). *Manual introductorio a la técnica del Rorschach*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
- LARRAZ, L. y VALERO, A. (1988). Respuestas populares al test de Rorschach en población española. Muestra de Barcelona. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 1, 47-54.
- MATTLAR, C.-E., KNUTS, L.-R. y ALANEN, E. (1987). The essential features of the Rorschach in cross-cultural context: A normative study. *Rorschachiana*, 63, 95-103.
- PIOTROWSKI, Z. (1957). *Perceptanalysis*. New York: Macmillan.
- RAPAPORT, D., SCHAFFER, R y GILL, M. (1965). *Tests de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- RORSCHACH, H. (1921). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- ➔ RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1977). *La práctica del Rorschach*. Madrid: Pablo del Río.
- SENDÍN, M. C., NOVO, R. y PRAZERES, N. (1990): *Les données normatives du Rorschach présentées par Exner sont-elles valables in extenso pour la population européenne? essai avec un échantillon portugais*. Trabajo presentado en el XIII Congreso Internacional de Rorschach, París.



Podríamos partir de las conclusiones dadas por varios autores de que la P es controlada por las discrepancias en un hallazgo transcultural y plantear la hipótesis de si se repite este tipo de

➔ a transcultural como dice Ephraim

Dirección:  
DAVID EPHRAIM  
Apartado 47581  
Caracas 1041-A  
Venezuela

## Resúmenes de los datos de trabajos normativos presentados en el Simposio interactivo del Congreso de Lisboa

---

Vera Campo

Con el fin de completar y realzar aspectos importantes de los tres trabajos hasta ahora publicados, a continuación serán citados algunos datos de los restantes trabajos presentados en el Simposio Interactivo.

Ch.Mormont y M.Crollard presentaron un estudio de normas para las respuestas populares en el Rorschach en una muestra de la Bélgica francófona. La muestra estaba constituida por 300 adultos no-pacientes (154 hombres y 146 mujeres de 18 a 65 años), usando como criterio para las populares una frecuencia del 33%.

### Lista de Populares:

I	W	Murciélago	33%
	W	Mariposa	40%
	W	Pájaro	4%
II	D1 o D6	Animal o cabeza de animal	16%
III	D1 o D9	Ser(es) humano(s)	72%
	D3	Mariposa	13%
IV	W o D7	Humano o para-humano	39%
V	W	Murciélago	58%
	W	Mariposa	46%
	W	Pájaro	10%
VI	W o D1	Piel de animal	48%
VII	D1 o D9	Cara humana	37%
	(con W)		
VIII	D1	Animal	90%
IX	D3	Humano o para-humano	3%
X	D1	Cangrejo (13% o araña 20%)	33%
	D8	Animal	20%

Abel Pires presentó un estudio normativo del test de Rorschach en población portuguesa. Los resultados parciales con una muestra de 119 sujetos no-pacientes entre 18 y 70 años, le llevan a la conclusión de que sus

resultados son muy atípicos cuando se comparan con los valores obtenidos por Exner (1991).

De los mismos se han extractado los siguientes (debido a su semejanza, por lo menos a primera vista, con los hallados en Barcelona):

	Media		Media
Dd	5.57	Zd	-0.49
S	2.07	P	4.32
C	0.30	X+%	0.44
T	0.54	F+%	0.44
Y	1.42	X-%	0.15
FD	0.90	AG	0.51
es	8.98	COP	0.51
D	-0.97	MOR	1.30
Daj	-0.51		

M.C.Sendín: Comparación transcultural de no-pacientes (Muestra: 294 sujetos adultos). Según la autora difieren de los sujetos americanos en cuatro de las 43 variables comparadas: P (más bajo: 5.1, algunas diferentes de la muestra de Barcelona, ver Revista No. 1), X+% (más alto que en Barcelona: 0.73, pero más bajo que en EE.UU.), Afr (bajo: 0.53) y Lambda (muy alto: 1.6). A estos datos se puede agregar la mención de que T tampoco alcanza la media de 1 americano (0.9).

Dado que D.Silva trabajó con una muestra de niños sus datos no son incluidos aquí, como tampoco los de J. Coen y C. de Ruiter, que trabajaron sobre la consistencia temporal del Rorschach en Holanda.

Sí cabe mencionar un trabajo de Chile, recopilado por vuestra editora en un Congreso de Actualización del Rorschach, que tuvo lugar en la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, en el mes de Mayo pasado, dado que los datos que allí aparecen (trabajados con el Sistema Comprensivo) son, de nuevo, interesantes por lo cercanos a la muestra de Barcelona y porque se trata de sujetos hispano parlantes:

Eugenia V. Vinet: Aplicabilidad de las normas y criterios del Sistema Comprensivo del test de Rorschach en muestras chilenas (muestra: 120 adultos normales). Nuevamente, son extractados los datos aparentemente más similares a la muestra de Barcelona:

	Media
Lambda	1.69
Afr	0.45
T	0.25
P	4.32
X+%	0.65
F+%	0.61

La lista de respuestas Populares correspondiente a esta muestra chilena es la siguiente:

I	W	Murciélago o mariposa	46.66%
II	D1 o D6	Animales o cabezas de animales	47.4 %
III	D1 o D9	Figuras humanas	65.5 %
V	W	Murciélago	39.17%
	W	Mariposa	34.17%
VII	D1, D9 o W	Caras o cabezas humanas (con D4 aparte)	35.00%
VIII	D1	Animal	86.66%
X	D1	Cangrejo o araña*	47.5 %

\* No queda claro en esta última P si cada uno de estos perceptos alcanza el 33% o si fueron sumados (como parece deducirse del texto) a "escorpiones, jaibas, pancoras, langostas o camarones". Algo similar parecería ocurrir con la P de II, ya que se incluyen "conejos y monos"; y asimismo en I donde aparece "mariposa o murciélago".

IX no popular

## BIBLIOGRAFÍA

- SENDIN, M.C. (1993, Julio). *Non-patient transcultural comparison*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lisboa, Portugal.
- MORMONT, CH. & CROLLARD, M. (1993, Julio). *Recherche de normes pour les reponses banales au Rorschach*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lisboa, Portugal.
- SILVA, D. (1993, Julio). *Dados para um estudio de normas do Rorschach com crianças portuguesas dos 6 aos 10 anos*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lisboa, Portugal.
- PIRES, A.A. (1993, Julio). *O estudio normativo do teste de Rorschach na população portuguesa: resultados parciais*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lisboa, Portugal.
- RUITER, C. DE, COHEN, L. (1993, Julio). *The test-retest reliability of the Rorschach CS: A study with Dutch University students*. Trabajo presentado en el XIV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lisboa, Portugal.
- VINET, E.V. (1993, Mayo). *Aplicabilidad de las normas y criterios del Sistema Comprehensivo del test de Rorschach en muestras chilenas*. Trabajo presentado en el I Congreso de actualización en la técnica Rorschach, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.

## ¿Por qué T o no T, en el Rorschach?

Jaime Fúster

### RESUMEN

Planteamos en nuestro artículo las razones sociopsicológicas que puedan influir en el hecho de que una respuesta de Textura, dentro del test de Rorschach, sea lo normal entre la población de EEUU, y que en cambio no lo sea para la población española, que tiende a dar valor cero para esta variable. Consideramos que en la base de todo ello está el hecho de que la cultura americana sea una cultura de "no contacto" interpersonal (táctil), mientras que la española lo es de mucha más proximidad y "contacto" (táctil).

Quienes usamos habitualmente el Sistema Comprensivo (Exner, 1974) sabemos que se espera que el determinante T (Textura) aparezca en la mayoría de los protocolos de la población adulta normal (Exner, 1978).

Por otra parte también nos consta que la "ausencia de respuestas T puede significar un empobrecimiento afectivo más extremo, ocurrido en una edad temprana (Exner, 1974). Entendemos que ese empobrecimiento es debido a que el individuo ha carecido durante su evolución, en la niñez, de suficientes contactos físicos próximos de la madre: Caricias, mimos, tocamientos... Información muy moderna de este autor (Exner, 1991) sigue diciendo que la persona en cuyo protocolo el valor de T sea cero, no es similar a la mayoría en las necesidades de cercanía. Tiende a ser más distante y cautelosa para establecer o mantener lazos emocionales cercanos con los demás.

Por lo tanto, desde un enfoque conductista y refiriéndonos al adulto normal cuyo protocolo sí que tendría T, podemos decir que la madre ha dado y reforzado en él (cuando era niño pequeño) esos contactos, con los que le hizo sentirse amado, protegido, cobijado, acogido.

Nuestra conclusión al estudiar el Sistema Comprensivo es:

"Todo adulto normal debe darnos en su protocolo, al administrarle el test de Rorschach, por lo menos una respuesta de Textura, una T".

Sin embargo, cuando ya podemos hablar de una larga experiencia con el Rorschach, nos encontramos con que aquí, en Valencia, en casi ninguno de los protocolos de personas normales aparecen respuestas de Textura (T). En nuestras conversaciones con otros Rorschachistas, primero con nuestros paisanos más próximos y más tarde con algunos de otras ciudades españolas, encontramos que también han observado lo mismo. Finalmente nos sentimos, diríamos, consolados cuando conocemos un estudio de la Escuela de Rorschach de Barcelona, con parecidos resultados (ver el primer trabajo de esta Revista).



Ello nos hace surgir una hipótesis, que modifica la conclusión, a la que anteriormente habíamos llegado:

“Todo adulto normal, *norteamericano*, debe darnos en su protocolo, por lo menos una respuesta de Textura, una T”.

Y continuamos por nuestra parte diciendo: “Lo anterior no se cumple en España, aquí parece ser que lo normal es que el valor de T sea cero”.

Las preguntas que nos surgen de todo lo anterior son: ¿Por qué T en EEUU y NO T en España, entre adultos normales? ¿A qué puede ser debida esta diferencia?

Primero contestaremos, aunque ya lo hemos hecho con las citas del Sistema Comprensivo, a la pregunta: ¿Que significa la T?

Necesidades de cercanía (Exner, 1991). Necesidades de contacto físico interpersonal, o más bien, el impacto emocional de la necesidad del contacto afectivo interpersonal (Exner, 1978).

Consideramos que los conceptos de tacto, comunicación e intimidad, deben de estar relacionados con el problema, en tanto puedan haber diferencias entre las dos poblaciones en la forma de adquirirlos y desarrollarlos.

Con respecto al tacto, ya el propio Exner nos señalaba, como decíamos al principio, el hecho de las carencias tempranas, lo que nos hace suponer que el sujeto normal no habría sufrido tales carencias.

Por otra parte sabemos que “la primera experiencia, la más elemental y tal vez la predominante del ser humano que no ha nacido aún parece ser la táctil” (Davis, 1984). El embrión de menos de ocho semanas ya responde al tacto, aún antes de tener ojos y orejas, y cuando sólo mide menos de tres centímetros.

El bebé recién nacido explora mediante el tacto, percibe con él las impresiones de frío, caliente, duro, blando, que luego conectará con la experiencia visual y más adelante por la auditiva relacionará aquellas sensaciones con sus símbolos *frío, caliente, duro, blando*. “Si se priva al bebé de esa primera experiencia de aprender a través del tacto, podría no captar el símbolo de manera tan clara. Esto bien podría explicar porqué los niños de un orfanato algunas veces tiene problemas para captar ideas abstractas” (Davis, 1984).

Creemos que estas etapas ocurren de igual manera en las poblaciones norteamericana y española, “la madre abraza a su retoño, lo sostiene, lo mece, le da palmaditas, le besa, le acaricia, lo limpia, le amamanta y le canturrea y le murmura” (Morris, 1975).

Cuando nos planteamos como es y como se vive la intimidad en las dos poblaciones encontramos una gran diferencia, que se refleja en un nuevo concepto: *El Espacio Personal*.

Se puede definir Espacio Personal diciendo:

“El sentido del yo del individuo no está limitado por su piel; se desplaza dentro de una especie de burbuja privada, que representa la cantidad de

espacio que siente que debe haber entre él y los otros" (Davis, 1984).

Todos los que hemos tenido ocasión de relacionarnos con personas nacidas y criadas en los EEUU somos conscientes de las enormes diferencias que en este concepto existe entre las poblaciones de ese país y del nuestro. Entre los americanos el Espacio Personal es mucho mayor que entre nosotros, para ellos una proximidad física como la que usamos aquí resulta desde luego incómoda y aun a veces ofensiva. Los norteamericanos viven una cultura de "no contacto", siendo en parte ello debido a su herencia puritana. Equiparan la proximidad física con el sexo y por eso se pasan años enseñando a sus niños a no tocarse, a no aproximarse demasiado, incluso a no recostarse en sus padres.

Resultado de esto es una masiva coerción de las intimidades corporales no sexuales, que se ha aplicado a las relaciones con los padres (¡cuidado con Edipo!), con los hijos (¡cuidado con el incesto!), con los amigos íntimos del mismo sexo (¡cuidado con la homosexualidad!), con los amigos del sexo contrario (¡cuidado con el adulterio!) e incluso con los amigos casuales (¡cuidado con la promiscuidad!) (Morris, 1975).

Diríamos que los padres americanos sufren una cruel dicotomía. Por un lado el deseo de acercarse con amor a sus hijos y darles muestras de él mediante los, que nosotros consideramos normales, contactos y, por otro, todo lo que hemos señalado como planteamientos puritanos, que les lleva al distanciamiento, al alejamiento, que, claro está, significa "falta de cercanía".

Ante ese conflicto de atracción-evitación a que nos referimos, se agradece cuando alguien con autoridad científica les confirma en sus creencias, les marca un camino. Así el método watsoniano de educación de la infancia, que recibió su nombre de su autor, un eminente psicólogo americano, fue muy seguido a principios de este siglo.

Transcribimos algunas de las cosas que dijo:

"Las madres cuando besan a sus hijos, los levantan y los mecen, los acarician y juegan con ellos sobre sus rodillas, no saben que están construyendo poco a poco un ser humano absolutamente incapaz de enfrentarse con el mundo en el que habrá de vivir más tarde...Hay una manera más sensata de tratar a los niños. Tratadlos como si fuesen jóvenes adultos...No los estrechéis en vuestros brazos, ni los beséis, no dejéis que se sienten en vuestra falda. Si no tenéis más remedio besadlos una vez en la frente cuando os den las buenas noches..." (Morris, 1975).

Veamos lo que ocurre en nuestra sociedad, la española. Está muy claro que la nuestra es una sociedad de contacto, por sus orígenes en una cultura más oriental, la musulmana, que ha estado presente entre nosotros hasta hace muy pocos años (expulsión de los moriscos a principios del siglo XVII).

En esta cultura los contactos físicos son inmensamente más frecuentes entre todas las personas. Hoy sigue siendo corriente el ver como, en los

países musulmanes, los amigos o las amigas, pasean cogidos de la mano, se abrazan repetidamente al saludarse, se tocan dándose golpecitos para llamar la atención del otro, o simplemente para poner más énfasis en sus expresiones. En su libro F.Davis (1984) transcribe un párrafo de Hall "los árabes mediterráneos pertenecen a una cultura de contacto y en su conversación literalmente rodean a la otra persona. Le toman la mano, le miran a los ojos y le envuelven en su aliento".

Por otra parte también el concepto de sexualidad en esa cultura, de la que procedemos, está mitificado y valorado positivamente. Aunque el origen religioso de la población americana y la española es semejante, cristiano judaico, y en tal sentido también en nuestro país conceptualmente la sexualidad ha sido muy anatematizada, por más que las filosofías actuales al respecto se asemejen, las vivencias de los pueblos han sido muy diferentes. Nuestros más de ochocientos años de vida claramente más oriental, que quienes proceden del mundo anglosajón, con una concepción de la persona más integral que atenúa el dualismo alma cuerpo, hace que el proceso evolutivo desde el niño hasta su llegada y vivencia como adulto, sea más natural, más lineal, con menos quiebros de la intimidad y de sus formas de expresarla, de lo que ocurre en los Estados Unidos.

Volviendo al proceso de evolución infantil, como ya hemos dicho, creemos que, tanto en nuestro país como en los EEUU, los niños, cuando son muy pequeños, son besados, tocados y mimados de forma similar, por lo que, de acuerdo con las teorías del aprendizaje, aprenden las mismas formas de comunicación de los afectos mediante el contacto y también de la misma forma son reforzados por las personas más próximas a ellos. Es por eso por lo que tanto a los de un país como a los del otro, se les hace conocido, deseable y preciso el contacto físico.

O sea, insistimos, en los primeros momentos de su vida, en los primeros años, el niño va adquiriendo los mismos hábitos y necesidades en ambas sociedades. Sin embargo, pronto se produce una divergencia de estilos, en su forma de dar y de recibir intimidad, mientras que entre nosotros, en su incorporación al mundo de los adultos, sigue una línea parecida a la hasta entonces recibida, para los niños americanos se produce una verdadera rotura. F.Davis (1984) señala: "A la edad de cinco o seis años en nuestra sociedad (se refiere a la norteamericana), los niños comienzan a tocar y ser tocados cada vez menos". Con ello no solo se le interrumpe al niño toda proximidad, sino que se le exige que también incrementemente considerablemente la distancia con sus semejantes. Lo que hasta ese momento, que según otros autores aún se da en edades más tempranas, era un plácido fluir en el que los afectos podían ser mostrados y expresados, tanto por su parte hacia los demás, como por los otros hacia él, de una forma tan natural como era el contacto, queda bruscamente interrumpido, sin más justificación que la de que "te estás haciendo mayor".

Esta quiebra, trae una consecuencia inmediata: El adulto americano

percibe la falta de aquello a lo que se le ha acostumbrado en los primeros años de su niñez y sufre por ello. Consecuentemente se expresa así en el Rorschach, con la variable que se usa para señalar tales carencias, la Textura, la T.

Así pues pensamos que esa T, a la que en el Sistema Comprehensivo se considera normal, quizás, sin dejar de serlo, refleja una carencia, un sufrimiento.

Claro, la persona sin T es fría, distante, alejada y se supone que no ha recibido de niño la atención suficiente con respecto al nivel a que nos estamos refiriendo.

Volviendo a la teoría del aprendizaje podemos pensar: Efectivamente ese norteamericano (pues consideramos que lo es la población de estudio) no muestra T, porque como no ha aprendido a ser tocado, acariciado, etc., no sufre por la carencia, que por otra parte está tan presente como para los demás.

En contrapartida, nuestros compatriotas, los españoles que no tienen T, es porque viven en un ambiente más semejante a aquel en el que se han desarrollado, no es que sufran por la carencia, es que la carencia no existe.

Por lo tanto creemos que nuestras NO T también son normales y además esa ausencia de T no indica distanciamiento, y la razón es que seguimos viviendo en el mismo estilo en el que hemos sido educados desde el principio, simplemente por el hecho de que nuestra sociedad es más acogedora, más abrigada, menos traumáticamente distante.

Ello nos lleva a pensar que efectivamente, tal y como en el propio Resumen Estructural aparece, la T es una variable disfórica, que supone un malestar por una carencia. →

También a este respecto nos preguntábamos: ¿Como es posible que se tenga que dar como normal, incluso como deseable, la presencia de esa variable disfórica?

Quizás desde nuestro enfoque lo vemos ahora más claro. No tiene porque ser normal y mucho menos deseable que se dé esa variable, que efectivamente es disfórica. Pero si la persona a la que se le administra el Rorschach, tiene ese tipo de carencia, la dará, y si es un grupo o una sociedad entera la que tiene ese tipo de carencia, será normal que en la mayoría de sus integrantes esté presente. Y como sabemos que con frecuencia se confunde la normalidad estadística con lo saludable, de aquí a lo deseable hay solo un paso.

De todos modos nada de lo dicho modifica otras afirmaciones referentes a las respuestas de Textura en el Rorschach.

Está claro que, en cualquier población, la presencia de una T favorecerá la terapia; porque el paciente, que percibe sus carencias buscará solucionarlas en la terapia con ayuda del terapeuta.

Un número mayor de T señalará que esas carencias son más importantes y actuales.

Pero, repetimos, una ausencia de respuestas de Textura en los protocolos del test de Rorschach señalará generalmente carencia de contactos interpersonales para los individuos de la población americana, no para la española.

Y, además, como consecuencia lo normal en la población de los EEUU será la presencia de una T, sin embargo para la española creemos que lo normal es que el valor de T sea cero.

Como continuación nos permitimos hacer una visión de futuro y considerando que la vida de nuestros compatriotas se va asemejando más cada día a la de los americanos, en el sentido de que la mayor parte de las madres trabajan y la dedicación que pueden dar a sus hijos es menor cada vez, es probable que esos niños perciban algo más de ruptura y con el tiempo nuestros protocolos tiendan más hacia esa T, que es normal en los americanos.

Por otra parte recientemente en un comentario oído por la radio se hacía mención a los EEUU, en el sentido de que parece que el contacto interpersonal va mejorando tímidamente. Decía la noticia que, antes, era habitual que cuando un hijo volvía de estudiar o de un viaje largo, o de cualquier situación que le hubiera obligado a permanecer mucho tiempo fuera de su casa y salían los padres a recibirlo, en el saludo de encuentro el muchacho solía besar a su madre y dar al padre, tan solo, un apretón de manos y que últimamente se observaba que en estos saludos el abrazo se hacía ya a los dos padres. Como decía el autor del comentario, eso es un indicio de que aumenta la proximidad, y siendo así tal vez ocurra que esa T vaya disminuyendo su probabilidad de presencia, asemejándose más a lo que hoy consideramos normal entre los españoles.

Nuestra deducción es que parece probable que en el futuro sí que pueda ser una normativa única la que rija en los dos países en cuanto al hecho de que se dé T o NO T en el Rorschach.

## BIBLIOGRAFÍA

- DAVIS, F. (1984). *La Comunicación no verbal*. Madrid: Alianza.
- EXNER, J. E. (1974). *Sistema Comprensivo del Rorschach. Tomo I y II*. Madrid: Pablo del Rio.
- EXNER, J. E. (1978). *Sistema Comprensivo del Rorschach Tomo III*. Madrid: Pablo del Rio.
- EXNER, J. E. (1991). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. I y 2*. New York: Wiley & Sons, Inc.
- MORRIS, D. (1975). *Comportamiento Íntimo*. Barcelona: Rotativa.

# El efecto de los neurolépticos en los índices de trastorno de pensamiento del Rorschach

---

William Perry

## INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones más complicadas y menos entendidas en relación al diagnóstico de los estados psicóticos, es la influencia de la medicación en los resultados del test. La medicación con neurolépticos es considerada normalmente como el tratamiento de primera elección para la mejora de la psicosis y del trastorno de pensamiento. Por ello la influencia de la medicación en el diagnóstico con tests, en especial para aquellos clínicos que usan el Rorschach, es crítica, porque el trastorno de pensamiento es el síntoma definitorio de la esquizofrenia (Bleuler, 1970; Andreasen, 1978; Andreasen & Olsen, 1982) y la presencia del trastorno de pensamiento es decisiva al hacer el diagnóstico. Por lo tanto, si el tratamiento con neurolépticos normaliza el trastorno de pensamiento en los esquizofrénicos, o lo modifica, la validez del diagnóstico en sujetos medicados está comprometida. Además, los clínicos, tanto si son psicoterapeutas como psiquiatras biologicistas, necesitan saber en qué medida los neurolépticos reducen el pensamiento patológico.

Existe muy poca literatura que verse sobre los efectos de los neurolépticos en el trastorno de pensamiento, y prácticamente ninguna que trate sobre los efectos de los neurolépticos en las respuestas al Rorschach. Este trabajo pretende revisar algunos trabajos realizados en este área y apuntar brevemente algunas importantes cuestiones diagnósticas, como la tipología de síntomas positivos versus negativos (Andreasen y Olsen, 1982) que debe considerarse cuando se analizan los resultados del Rorschach en esquizofrénicos. Finalmente presentaré algunos datos piloto sobre los efectos de los neurolépticos en el Rorschach, recogidos como parte de un estudio más amplio que examina la psicofisiología de la esquizofrenia.

Se creyó en principio que los neurolépticos no eran efectivos para modificar la disfunción cognitiva que se observa en la esquizofrenia (Orzack, Kornetsky y Freeman, 1967). En un primer trabajo Orzack y colaboradores (1967) encontró que las fenotiacinas no eran capaces de reducir los déficits de los pacientes esquizofrénicos en el test de claves del Weschler Bellevue. Esta hipótesis ha sido rechazada (Wahba, Donlon y Meadow, 1981). Saretski, (1966) utilizó el Rorschach para examinar el proceso primario de pensamiento de los esquizofrénicos y los efectos de los neurolépticos en esta forma de trastorno de pensamiento. En el estudio de Saretski los

esquizofrénicos se evaluaron para obtener una línea base, entonces se les administró o un placebo o un neuroléptico. Encontró que, antes del tratamiento, los esquizofrénicos demostraron altos niveles de trastorno de pensamiento, que mejoraron cuando fueron tratados con neurolépticos, en relación al grupo tratado con placebo. Más interesante fue el hecho de que se detectaron trastornos de pensamiento residuales incluso después de conseguir la remisión del síntoma. Sugirió que quizá el trastorno de pensamiento no se redujo en la muestra tratada con neurolépticos, sino que simplemente estuvieron menos dispuestos a expresar la patología.

Hurt, Holzman y Davis (1983) usaron el Índice de Trastorno del Pensamiento (TDI: Johnston y Holzman, 1979), que puntúa verbalizaciones patológicas en el Rorschach, para mostrar que el haloperidol reduce el nivel de trastorno de pensamiento. Sin embargo, como en el estudio de Saretski, Hurt y sus colaboradores determinaron que los esquizofrénicos continúan demostrando trastornos de pensamiento a pesar de beneficiarse de los efectos positivos del tratamiento neuroléptico.

El trabajo de Andreasen y Olsen (1982) sobre los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia, tiene una relación importante con los estudios sobre el efecto de los neurolépticos en el trastorno de pensamiento. Sugieren que el trastorno de pensamiento en la psicosis se caracteriza por la desorganización, ilusiones y alucinaciones a las que ellos se refieren como síntomas positivos. En contraste, caracterizan los síntomas de anhedonia, pensamiento ilógico y falta de motivación como síntomas negativos. Hay una literatura considerable que sugiere que los síntomas positivos son más sensibles al tratamiento neuroléptico que los negativos (Buchanan, Parton, Warren y Baker, 1975).

La diferenciación de las manifestaciones esquizofrénicas sobre la base de síntomas positivos, negativos y mixtos, se ha convertido en una forma importante de explorar la relación entre signos y síntomas y los mecanismos neurológicos subyacentes en la esquizofrenia. Por ejemplo, los individuos esquizoparanoides tienen un mejor pronóstico cuando sus síntomas positivos son recientes. Esta forma de la enfermedad esquizofrénica se cree que tiene un mayor componente genético. En cambio, los esquizofrénicos indiferenciados y desorganizados, tienen más síntomas negativos, que responden peor a la medicación. Hay una creciente evidencia de que los esquizofrénicos con síntomas negativos tienen daño estructural en el cerebro, lo que incluye atrofia cerebral, aumento del tamaño ventricular y problemas en el área derecha de los lóbulos dorsolateral, prefrontal y en el hipocampo izquierdo (Weinberger, Berman y Zec, 1986). A diferencia de los síntomas negativos, los síntomas positivos no son exclusivos de la esquizofrenia. Sujetos con un trastorno bipolar afectivo agudo y con estados psicóticos inducidos por droga pueden, a menudo, parecer idénticos a los esquizofrénicos con síntomas positivos.

El uso del Rorschach puede ser muy útil en el diagnóstico de los cuadros esquizofrénicos, en particular para determinar el grado de trastorno de pensamiento positivo. Variables como la suma de las respuestas con nivel formal menos ( $X\%$ : Exner, 1986), la suma ponderada de los fenómenos especiales ( $W\text{ Sum }6$ : Exner, 1986) y la variable de Experiencia Humana Inadecuada (*Poor Human Experience*, PHE: Perry y Viglione, 1991) del Índice de Deterioro del Yo (*Ego Impairment Index*), dan acceso tanto a la forma como al contenido del pensamiento. En contraste, un pequeño número de respuestas, junto con un  $\lambda$  alto (Exner, 1986) y una pobre calidad formal, o un incremento de localizaciones inusuales acompañadas por una pobre calidad formal, o la ausencia de respuestas de Buena Experiencia Humana en el Índice de Deterioro del Yo (Perry y Viglione, 1991), puede indicar una mayor probabilidad de síntomas esquizofrénicos negativos.

Recientemente se ha cuestionado la utilidad de la dicotomía síntomas negativos versus síntomas positivos (Andreasen y Carpenter, 1993). Por ejemplo, un dilema frecuente al evaluar sujetos esquizofrénicos durante la fase aguda es que a menudo tienen una pobre capacidad de atención, están muy desorganizados, paranoides y agitados. En consecuencia, estos esquizofrénicos requieren frecuentemente altas dosis de medicación administrada en un corto período de tiempo, dosis que tienen a su vez grandes efectos secundarios. Por ello, cuando se testan, estos individuos pueden parecer enlentecidos, letárgicos, incapaces de revelar el alcance del trastorno de pensamiento subyacente, un cuadro consistente con los síntomas negativos de la esquizofrenia. Sin embargo, varios días de tratamiento con neurolépticos o una reducción de su medicación hasta niveles terapéuticos más bajos, puede facilitar la expresión de los síntomas positivos.

Para abordar la cuestión de la tipología de los síntomas esquizofrénicos y su relación con el tratamiento neuroléptico, tal como se manifiesta en el Rorschach, voy a presentar dos fuentes preliminares de datos. La primera examinará la relación entre la dosis equivalente de clorpromacina (la medida usada comunmente para determinar la cantidad de neuroléptico administrada) y un grupo seleccionado de variables de trastorno de pensamiento en el Rorschach. Las variables de trastorno de pensamiento que he seleccionado forman parte del Índice de Deterioro del Yo (EII: Perry y Viglione, 1991; Perry, Viglione y Braff, 1992). El EII utiliza varias de las variables más sensibles a los trastornos del pensamiento del Sistema Comprensivo (Exner, 1986; 1991) combinadas con varias variables de nueva creación que se han mostrado sensibles al trastorno de pensamiento en la esquizofrenia (Perry, Viglione y Braff, 1992).



## MÉTODO

### Sujetos

Los pacientes de este estudio se seleccionaron de un estudio más amplio llevado a cabo en la Universidad de California en San Diego. Todos los sujetos fueron diagnosticados de esquizofrenia utilizando la Entrevista Clínica Estructurada del DSM III-R (SCID: Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990). El primer estudio constó de 46 pacientes, de los cuales 17 eran tratados como pacientes externos, 16 estaban hospitalizados de urgencias y 13 estaban hospitalizados a largo término. La edad media de los sujetos era de 36,5 años (SD= 9.3). Todos los sujetos fueron tratados con neurolépticos, la media de la dosis equivalente de clorpromacina en todos los sujetos fue de 1058 miligramos (SD =1005 miligramos).

### Procedimiento

Una vez que los sujetos estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y fueron diagnosticados utilizando el SCID, se les administró el Rorschach como parte de una batería más amplia de tests. Los Rorschachs fueron administrados por un clínico experimentado siguiendo las normas del Sistema Comprensivo (Exner, 1986; 1991). Los Rorschachs fueron puntuados por tres correctores experimentados que desconocían el motivo del estudio y el diagnóstico de los sujetos. Se calculó el coeficiente de corrección de Kappa para determinar la fiabilidad entre correctores. Los valores de Kappa oscilaron entre .71 y .89, lo que sugiere un acuerdo interjueces extremadamente alto.

Una vez puntuado todo el grupo de Rorschachs se extrajeron varias variables para el análisis. Estas variables fueron: ① número de respuestas (R); ② suma de las respuestas con calidad formal menos (sum FQ-); ③ suma ponderada de los seis fenómenos especiales (W SUM 6); ④ contenidos con fracaso de la represión (DCONTS); ⑤ movimiento humano con calidad formal menos (M-); ⑥ variable de pobre experiencia humana (PHE); ⑦ variable de buena experiencia humana (GHE); ⑧ puntuación total del índice de deterioro del yo (EII) y ⑨ porcentaje de calidad formal (X-%). La variables DCONTS, PHE, GHE y EII provienen del índice de deterioro del yo (Perry y Viglione, 1991; Perry, Viglione y Braff, 1992), el resto de variables son del Sistema Comprensivo (Exner, 1986; 1991). Además de las variables Rorschach se recogieron dos variables adicionales: la edad de inicio y los años de duración de la enfermedad. Posiblemente aquellos individuos con un comienzo más temprano y una mayor duración de la enfermedad, constituirían un grupo más gravemente enfermo.

## Estadísticos

Dado que los datos no se distribuían normalmente se analizaron las variables utilizando la correlación de Spearman.

## Resultados

La tabla 1 presenta las correlaciones entre las variables Rorschach y la dosis equivalente de clorpromacina. Los resultados de las correlaciones indican que *R* y la *Sum FQ*- correlacionaban negativamente con la dosis equivalente de clorpromacina, y *WSUM6* correlacionaba positivamente con la dosis equivalente de clorpromacina. Ninguna otra variable Rorschach alcanzaba un nivel significativo. Esto sugiere que cuanto mayor es la cantidad de neuroléptico administrado a un esquizofrénico, menor es el número de respuestas que da en el Rorschach, y mayor el número de fenómenos especiales relacionados con la cognición. Aunque la *Sum FQ*- correlacionaba significativamente con la dosis equivalente de clorpromacina, al tomar en cuenta el número de respuestas, es decir, *X-%*, la correlación dejaba de ser significativa.

Las dosis equivalentes de clorpromacina, además, correlacionaban positivamente con los años de duración y negativamente con la edad de inicio. En otras palabras, cuanto más joven era el sujeto al ser diagnosticado por primera vez de esquizofrénico y cuanto más tiempo duró la enfermedad, mayor fue la cantidad de neuroléptico necesario.

**Tabla 1**

**Relación entre las variables del Rorschach y la dosis equivalente de clorpromacina.**

	Clorpromacina
R	-.44 *
FQ-	-.32 *
WSUM6	.28 *
DCONTS	.08
M-	-.07
POORHUM	.12
GOODHUM	-.17
EII	.18
X-%	-.15
<hr/>	
AÑOS DURACION	.31 *
EDAD DE INICIO	-.30 *

\* = P <.05 N = 46

Para entender mejor la relación entre bajo número de *R*, alto *WSUM6* y la dosis equivalente de clorpromacina, se realizó una segunda correlación

para examinar la relación entre las variables Rorschach y la dosis equivalente de clorpromacina para pacientes internos diagnosticados como pacientes esquizofrénicos paranoides con sintomatología positiva y esquizofrénicos no paranoides con sintomatología negativa (indiferenciados y desorganizados). La tabla 2 presenta las correlaciones entre las variables Rorschach y las dosis equivalentes de clorpromacina para esquizofrénicos paranoides y no paranoides. Los resultados indican que, independientemente del diagnóstico, cuanto mayor es la cantidad de neuroléptico prescrita a un paciente esquizofrénico menor es el número de respuestas que da en el Rorschach.

**Tabla 2**

**Correlaciones entre la dosis equivalente de clorpromacina y las variables del Rorschach entre un grupo de pacientes esquizofrénicos paranoides y un grupo de esquizofrénicos no paranoides**

	Grupo paranoide clorpromacina	Grupo no paranoide clorpromacina
R	-.32 *	-.74 **
FQ-	-.23	-.52
WSUM6	.21	-.22
DCONTS	.13	.39
M-	-.14	-.01
POORHUM	.17	-.27
GOODHUM	-.08	-.32
EII	.23	-.19
AÑOS DURACIÓN	.39	.17

## Discusión

El principal resultado de estos datos, derivado de un grupo heterogéneo de esquizofrénicos, es que cuanto mayor es el nivel de neurolépticos (indicado por la dosis equivalente de clorpromacina) menor es el número de respuestas en el Rorschach. Por lo tanto, es posible que cuanto más alta sea la dosis de neurolépticos, más posibilidades haya de que el sujeto esquizofrénico pueda experimentar los efectos secundarios asociados a altas dosis de medicación. Estos efectos secundarios incluyen normalmente estar sedado, aletargado y tener dificultades con la organización del pensamiento. Una explicación alternativa es la de que los individuos a los que se administran altas dosis estaban más afectados por síntomas negativos, como pobreza de pensamiento y que, por lo tanto, requieren mayores niveles de neuroléptico. En cualquier caso parece que los neurolépticos contribuyen a un mayor empobrecimiento de los protocolos Rorschach, lo que reduce la sensibilidad del Rorschach cuando se exploran las sutilezas del transtorno de pensamiento.

## ESTUDIO 2.

En un segundo estudio se administró dos veces el Rorschach a seis pacientes esquizofrénicos. El primer Rorschach se administró durante la admisión, antes de la administración de medicación neuroléptica, y la segunda administración aproximadamente dos semanas después del tratamiento psiquiátrico en régimen interno, el cual incluía terapia farmacológica con neurolépticos. La tabla 3 presenta las características de los sujetos esquizofrénicos. Los Rorschachs fueron administrados por un clínico con experiencia de acuerdo con el Sistema Comprehensivo (Exner, 1986; 1991). Los Rorschachs fueron puntuados por tres correctores expertos que no conocían el propósito del estudio. Para abordar específicamente la cuestión de los efectos de los neurolépticos en los índices de trastorno del pensamiento del Rorschach, se examinaron solamente tres variables: *R*, *WSUM 6* y *X-%*.

Tabla 3

### Características de los pacientes esquizofrénicos

Paciente	Edad/Sexo	Subtipo	Medicación
1	23/M	Es Pa	Haloperidol
2	37/F	Es In	Haloperidol
3	28/F	Es In	Flufenazina
4	42/M	Es De	Haloperidol
5	47/M	Es Pa	Tioridazina
6	29/M	Es In	Haloperidol

Es Pa = paranoia crónica, Es In = indiferenciada crónica, Es De = desorganizada crónica.

## Resultados

La tabla 4 presenta los resultados de los dos Rorschachs administrados a cada uno de los seis sujetos. El examen de los datos se realizó sin el uso de estadísticos debido al pequeño tamaño de la muestra recogida. Lo más sorprendente fue que en cinco de los seis casos el *WSUM 6* se redujo después del tratamiento con neurolépticos, mientras el *X-%* se muestra muy estable. En las dos administraciones no aparece un patrón consistente de *R*.

Tabla 4

### Resultados de los índices de trastornos del pensamiento en el Rorschach antes y después de la administración del tratamiento con neurolépticos

Sujeto	Antes			Después		
	R	W SUM 6	X-%	R	W SUM 6	X-%
1	17	14	47%	16	10	37%
2	14	21	43%	17	26	41%
3	19	37	58%	18	16	50%
4	15	47	73%	18	26	72%
5	22	26	32%	21	12	33%
6	17	73	58%	15	47	60%

## Discusión

El examen de los seis protocolos recogidos, sugiere que los neurolépticos influyen en la reducción de la suma ponderada de los fenómenos especiales (W SUM 6) y tienen poca influencia sobre la pobre calidad formal (X-%). Si tuviéramos que interpretar los resultados directamente, uno podría especular que los neurolépticos actúan en primer lugar atenuando los procesos de atención e información necesarios para organizar un pensamiento coherente y lógico. Así, cuando un paciente esquizofrénico está en un estado psicótico agudo, se encuentra abrumado por un flujo de afectos, impulsos y pensamientos que inundan sus capacidades de filtraje, y como resultado interpreta idiosincráticamente su mundo. En el Rorschach, las interpretaciones idiosincráticas se manifiestan como fenómenos especiales cognitivos. Sin embargo, después de dos semanas de farmacoterapia con neurolépticos dirigidos a zonas ricas en dopamina en los lóbulos frontal y temporal, que median las áreas de procesamiento de la información, los pacientes esquizofrénicos son más capaces de utilizar mecanismos de filtraje. La mejora en la capacidad de procesar la información produce una mejora de las puntuaciones del W SUM 6.

El X-% refleja la percepción convencional y realista y "el respeto por las normas del entorno" (Exner, 1974, p. 243). Aunque X-% es una indicación de razonamiento formal y del test de realidad, y por lo tanto sujeto a la misma hipótesis expuesta para W SUM 6, X-% requiere experiencias convencionales pre-psicóticas. En otras palabras, la habilidad para ver las cosas como los demás, requiere alguna experiencia previa de funcionamiento en un mundo convencional y racional. De modo que, cuanto más a menudo se aparta uno de la realidad, más fijas y accesibles son las imágenes idiosincráticas. Esto no implica que el pensamiento no convencional o el test de realidad medido por el X-% no cambie, simplemente que el X-% puede que sea más resistente a la medicación y requiera un período más largo de estabilización.

Es difícil especular con seguridad sobre los efectos de los neurolépticos en la esquizofrenia al examinar una muestra de este tamaño. El propósito de este trabajo piloto es iniciar la exploración de algunas cuestiones críticas a las que se enfrenta el psicodiagnosticador cuando evalúa la esquizofrenia. El Rorschach sigue siendo un instrumento poderoso que permite a los investigadores acceder a multitud de procesos cognitivos. Estudios futuros que evalúen sistemáticamente las respuestas al Rorschach bajo condiciones como pre y post tratamiento neuroléptico, beneficiarán la comprensión de los aspectos funcionales de sus tratamientos a los psicobiólogos y elevarán el rol del psicodiagnosticador.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDREASEN, N.C. (1978). *Thought, Language, and Communication (TLC)*. Iowa City: The University of Iowa.
- ANDREASEN, N.C. & CARPENTER, W.T. (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 19, 199-214.
- ANDREASEN, N.C. & OLSEN, S. (1982). Negative vs. positive schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 39: 789-794.
- BLEULER, E. (1970). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International University Press.
- BUCHANAN, F.H., PARTON, R.V., WARREN, J.M., & BAKER, E.P. (1975). Double-blind of L-dopa in chronic schizophrenia, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 269-271.
- EXNER, J. (1974). *The Rorschach: a Comprehensive System*. Volume 1, 1st Edition. New York: John Wiley & Sons.
- EXNER, J. (1986). *The Rorschach: a Comprehensive System*. Volume 1, 2nd Edition. New York: John Wiley & Sons.
- EXNER, J. (1991). *The Rorschach: a Comprehensive System*. Volume 2, 2nd Edition. New York: John Wiley & Sons.
- HURT, S. W., HOLZMAN, P.S., & DAVIS, J.M. (1983). Thought disorder: the measurement of its changes. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1281-1285.
- JOHNSTON, M.H. and HOLZMAN, P.S. (1979). *Assessing Schizophrenic Thinking*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- ORZACK, M.H., KORNETSKY, C., & FREEMAN, H. (1967). The effects of daily administration of carphenazine on attention in the schizophrenic patient, *Psychopharmacologia*, 11, 31-38.
- PERRY, W. & VIGLIONE, D. (1991). The ego impairment index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. *Journal of Personality Assessment*, 56, 487-501.
- PERRY, W., VIGLIONE, D., BRAFF, D. (1992). The ego impairment index and schizophrenia: a validation study. *Journal of Personality Assessment*, 59 (1), 165-175.
- SARETSKY, T. (1966). Effects of chlorpromazine on primary-process thought manifestations. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 247-252.
- SIPTZER, R.L., WILLIAMS, J.B., GIBBON, M., & FIRST, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient Edition (SCID-P, Version 1.0)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- WAHBA, M., DONLON, P.T., & MEADOW, A. (1981). Cognitive changes in acute schizophrenia with brief neuroleptic treatment. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1307-1310.
- WEINBERGER, D.R., BERMAN, K.F. & ZEC, R.F. (1986). Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: I. Regional cerebral blood flow evidence. *Archives of General Psychiatry*, 43, 114-124.

Dirección  
WILLIAM PERRY  
University of California at San Diego  
Gillman drive, La Jolla, Ca. 92093  
U.S.A.

# **Acerca de la existencia en la esquizofrenia de dos perfiles en el Resumen Estructural del Rorschach\***

---

Dana Castro

## RESUMEN

Una población de esquizofrénicos adultos ha sido examinada con el test de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner, dentro del encuadre de una evaluación pre-terapéutica. 26 sujetos (19 hombres y 7 mujeres cuya edad media fue de 34 y 36 años y medio) recibieron un diagnóstico confirmado de esquizofrenia. Se constituyeron dos grupos en función de que el índice de esquizofrenia fuese positivo o negativo. En el primero (9 sujetos) el índice SCZI del Resumen Estructural fue negativo. En todos estos sujetos se encontró un índice de déficit de recursos (CDI) positivo. En los restantes 17 pacientes (segundo grupo) el índice SCZI fue positivo y el CDI negativo. Este último traduciría un deterioro en las competencias sociales y relacionales que trava el funcionamiento adaptativo del sujeto. Todos los individuos pertenecientes al primer grupo presentaban un delirio con temática persecutoria; los sujetos del segundo grupo presentaban delirios con temáticas preferentemente místicas, escatológicas o de transformación corporal. Se plantea la hipótesis de que la forma temática del delirio se relaciona con un perfil particular en el Rorschach.

## Introducción

Nuestra práctica en psicología clínica nos ha llevado a la observación de que en ciertos casos sujetos esquizofrénicos confirmados no obtienen un perfil clásico en el test de Rorschach. El objetivo de este estudio es describir este fenómeno y señalar cuáles son los perfiles alternativos en el Resumen Estructural. Desde esta óptica hemos elegido examinar un número de sujetos esquizofrénicos que consultaron en el Centro Médico-Psicológico.

## Material y método

a) Población: En este estudio fueron incluidos 26 sujetos de manera consecutiva desde 1990 a 1992. Los criterios de inclusión comprendían el hecho de consultar en el Centro por primera vez y de responder a los criterios diagnósticos de esquizofrenia.

Los motivos de consulta fueron variados. El motivo podía estar ligado a la presencia de sentimientos confusos de malestar o a inquietudes con respecto a la pérdida de interés e iniciativa.

Varios pacientes pidieron la consulta por sí mismos, otros fueron traídos por su familia inquieta por las modificaciones o el deterioro en los comportamientos, o también por los servicios sociales. En todos los casos los síntomas presentados parecían surgir de un desorden de larga evolución. Una desinserción social era evidente en todos los casos (ausencia de

---

\* Traducido por Vera Campo.

trabajo durante más de seis meses, abandono de las actividades habituales, clinomanía). Después de una primera consulta médica estos sujetos fueron examinados dentro del marco de una evaluación psicológica pre-terapéutica de su funcionamiento mental.

La población se halla compuesta por 26 sujetos (19 hombres y 7 mujeres), todos de nacionalidad francesa, 22 solteros y 4 casados. Los niveles socio-culturales se reparten de acuerdo con la Clasificación del INSERM desde el NC3 (estudios profesionales) hasta el NC7 (estudios superiores).

El grupo total fue dividido en dos subgrupos en función de la forma clínica de la afección. El primero (DES) se hallaba constituido por 13 pacientes que presentaban una esquizofrenia de tipo desorganizado (295.10). El segundo (PAR), por 13 pacientes que presentaban una forma paranoide de la esquizofrenia (295.30). Estos dos subgrupos, constituidos según la forma clínica de su esquizofrenia, resultaron homogéneos desde el punto de vista de la edad, el sexo y el nivel intelectual.

Los temas delirantes son descritos en la Tabla 1. A menudo fue difícil precisar la duración de la evolución del desorden, pareciendo extenderse desde algunos meses a varios años.

**Tabla 1**

**Tipos de trastorno y de delirio**

Esquizofrenia Tipo desorganizado (295.10)	(Aflojamiento de las asociaciones, incoherencia, conducta desorganizada...)	13
Esquizofrenia Tipo paranoide (295.30)		13
	Delirio persecutorio	9
	Delirio nihilista	1
	Delirio de grandeza	1
	Delirio hipocondríaco	1
	Otro	1
Duración estimada del trastorno	Algunos meses	10
	Algunos años	16

b) Métodos: Después del examen psiquiátrico inicial que permitió la evaluación de los problemas planteados y el establecimiento del diagnóstico, los sujetos fueron sometidos a un examen psicológico que comprendió:

Un test de nivel intelectual: WAIS-R. Vocabulario Binois-Pichot o D48.



El Psicodiagnóstico de Rorschach, codificado e interpretado según el Sistema Comprensivo de Exner.

El TAT.

Aquí sólo serán presentados los resultados del Rorschach.

## Resultados

Los perfiles del Resumen Estructural para el conjunto de los 26 sujetos y para los dos subgrupos DES y PAR se hallan resumidos en la Tabla 2.

**Tabla 2**

**Datos del Resumen Estructural para los grupos Desorganizado y Paranoide DES y PAR**

		GRUPO TOTAL	DES	PAR
SCZI	Media	3.7	4.9	2.5
	D.T.	1.8	1.1	1.6
DEPI	Media	4.4	4.4	4.5
	D.T.	1.3	1.5	1.2
CDI	Media	3.2	2.8	3.6
	D.T.	1.2	1.0	1.3
S-CON	Media	4.9	4.9	4.8
	D.T.			
HVI	Media	0.0	0.0	0.0
OBS	Media	0.0	0.0	0.0
R	Media	21.4	24.0	18.0
	D.T.	6.9	7.5	4.7
L	Media	1.2	1.3	1.2
	D.T.	1.0	1.0	1.0
D	Media	-0.2	0.0	0.0
	D.T.	1.4	1.8	1.0
Daj	Media	-0.1	-0.2	0.0
	D.T.	1.4	1.7	1.0
a	Media	3.2	4.0	2.0
	D.T.	2.5	3.1	1.3
p	Media	1.3	1.6	1.0
	D.T.	1.4	1.7	1.0
EGO	Media	0.3	0.3	0.3
	D.T.	0.1	0.1	0.1

A nivel de las variables Rorschach del Resumen Estructural no hay diferencias significativas entre los dos grupos DES y PAR. *Salvo y sobre todo* con respecto al índice SCZI (Tabla 3).

**Tabla 3**

**Variables Rorschach de los grupos: Desorganizado y Paranoide**

	SCZI	DEPI	CDI	S-Con	Lambda	D	Daj	a	p	EGO
D	<b>4.85*</b>	4.38	2.8	4.92	1.27	-0.5	-0.2	4	1.6	0.27
P	<b>2.46*</b>	4.46	3.6	4.85	1.18	0	0	2.3	1	0.29

\*p = .01

### El índice SCZI

a) El 73% de los pacientes del grupo total (solamente 16/26) presentan un perfil típico de esquizofrenia en el Rorschach. Es decir, la presencia de un índice SCZI por lo menos igual a 4. Y esto a pesar de la presencia de todos los criterios clínicos del DSM-III R

El índice SCZI del Rorschach ha sido construido para informar a la vez acerca de los trastornos de la percepción y los desórdenes del pensamiento. Según Exner, cuando este índice es positivo en un paciente dado (más allá de un umbral de 4 puntos), traduce una fuerte posibilidad de la existencia actual de la esquizofrenia.

Respecto de este índice, los dos grupos se diferencian netamente en función de la forma clínica de esquizofrenia.

En nuestro estudio, el índice SCZI positivo, es significativamente más frecuente en el grupo de los pacientes DES que en el de los pacientes PAR. 10 pacientes sobre 13 del grupo DES presentaron un índice SCZI positivo, contra 4 pacientes sobre 13 del grupo PAR.

La cuestión en este caso era saber si existen otras variables en el Rorschach que podrían informar del aspecto paranoide, presente en algunos de los pacientes examinados.

### El Índice de Déficit de Recursos (CDI)

Se halló una correlación negativa *significativa* entre el índice SCZI y el CDI (Tabla 4).

Este índice es definido por Exner como el reflejo de un déficit social que traduce interacciones inapropiadas.

**Tabla 4****Correlación de los diferentes índices Rorschach con el índice SCZI**

	Indices SCZI
<b>DEPI</b>	0.25
<b>CDI</b>	-0.39*
<b>S-CON</b>	0.16
<b>R</b>	0.54
<b>Lambda</b>	0.11
<b>D</b>	0.01
<b>Qaj</b>	0.09
<b>activo</b>	0.21
<b>pasivo</b>	0.23
<b>EGO</b>	0.05

\* p &lt; .05

La existencia de una correlación negativa entre SCZI y CDI, indica que los pacientes que tienen un CDI positivo, en la mayoría de los casos presentan un índice SCZI negativo.

De hecho, el 36% de los pacientes del grupo total (9 sujetos sobre 26) presentan un CDI positivo, mientras que el índice SCZI es negativo.

**Los dos perfiles del Resumen Estructural**

De esta manera se pueden reconstituir dos nuevos grupos. En el primero (9 sujetos) el índice SCZI del Resumen Estructural era negativo. En todos ellos encontramos un Índice de Déficit de Recursos positivo. En los demás 17 pacientes (segundo grupo) el índice SCZI era positivo y el CDI negativo (Tabla 5)

**Tabla 5****CDI: su relación con el índice SCZI**

	SCZI	DEPI	CDI	S-CON	Lambda	a	p	EGO
CDI-	4.29*	4.43	2.21	4.79	1.03	3.79	1.79	0.31
CDI+	2.92	4.42	4.33	5.00	1.46	2.42	0.75	0.24

\* p &lt; .05

## Discusión

Desde hace mucho tiempo los psicólogos proyectivos han intentado objetivar los signos patognómicos de esquizofrenia en el Rorschach. En esta búsqueda se han registrado ciertos éxitos, pero, sobre todo, han aparecido diferentes dificultades: la floja definición de esta afección, la imprecisión de los pasos diagnósticos, la heterogeneidad de las muestras, etc. A fin de hacer jugar al Rorschach el papel de indicador diagnóstico válido y fiable, se trataba de señalar las variables del test directamente correlacionadas con el concepto de esquizofrenia. Así, las características principales de la esquizofrenia, tal como han sido definidas o conceptualizadas, se hallan en relación con los trastornos mayores de la percepción e ideación. Siguiendo estos pasos, Exner (1974 y 1989) construyó el índice SCZI a partir de estas dos características esenciales de la afección, es decir, a partir de los trastornos mayores de la percepción y de la ideación. Los diferentes ítems que constituyen el índice SCZI tratan de:

- la inadecuación perceptual y del convencionalismo;

- el desorden y la incoherencia del pensamiento, advertidos en sus aspectos formales, lógicos y expresivos.

Por lo tanto, en la búsqueda de la identificación de la esquizofrenia en el Rorschach, el índice SCZI, tal como ha sido concebido por Exner, pone en evidencia los aspectos patológicos de los procesos perceptuales e ideacionales.

En la esquizofrenia de tipo desorganizado, lo que aparece en el primer plano del cuadro clínico es el aspecto disociado e incoherente del pensamiento, cuyos diferentes aspectos componen el índice SCZI. Así pues, la mayor frecuencia del índice SCZI en el grupo DES representa un resultado congruente con los datos clínicos.

La esquizofrenia de forma paranoide se caracteriza por la existencia de un delirio más o menos sistematizado referido a un tema único. La incoherencia del pensamiento, el aflojamiento de las asociaciones, los comportamientos severamente desorganizados no se encuentran más que secundariamente en este tipo de afección. El deterioro del funcionamiento mental puede ser mínimo y no aparece más que cuando el material delirante se hace evidente. Como característica asociada se nota la calidad contrita, afectada o extremadamente intensa de las interacciones.

Pensamos que la diferencia significativa en la frecuencia de aparición del índice SCZI en los pacientes del grupo DES con respecto al grupo PAR, puede explicarse a la vez por la naturaleza misma de la afección por una parte, y por la naturaleza del índice por la otra. En la esquizofrenia desorganizada los trastornos de la percepción y del pensamiento están en primer plano y por lo tanto son accesibles al índice SCZ

En la esquizofrenia paranoide, estos trastornos son más discretos y ello va en favor de otros trastornos en la expresión. En este caso el índice

SCZI ya no es suficiente porque no contiene los ítems que permiten objetivarlos y contabilizarlos.

El análisis de la distribución del CDI positivo en el grupo total, muestra que se encuentra más frecuentemente en el grupo PAR que en el grupo DES.

¿Quiénes son entonces esos sujetos paranoides con el CDI positivo en los que el funcionamiento social se halla llamativamente perturbado? En el grupo PAR estos sujetos con el CDI+ son *todos* pacientes delirantes en quienes el delirio tiene un carácter persecutorio. Todos estos sujetos se describen como perseguidos, agredidos, maltratados por uno o por los miembros de su entorno cercano: parientes, amigos íntimos, esposos, colegas del trabajo, o... representantes de las administraciones.

En estos pacientes el CDI+ se convierte en el reflejo de las interacciones sociales profundamente perturbadas. Así pues, también en este tipo de pacientes los resultados del Rorschach son congruentes con los datos clínicos; pero en este caso el índice objetivado no es patognomónico de la esquizofrenia, aun cuando la inadecuación interpersonal puede ser una característica de esta patología.

¿Cómo explicar la relación con el índice SCZI? Si se acepta la idea de que los índices Rorschach informan acerca de los aspectos *actuales* del funcionamiento individual, podemos formular la hipótesis de que cada uno de estos índices positivos alertarán al clínico acerca de la esfera del funcionamiento mental actualmente deteriorado

De este modo, el Índice de Déficit de Recursos traduciría un deterioro de las competencias sociales y de relación que traba el funcionamiento adaptativo del sujeto. El índice SCZI traduciría un deterioro de los procesos perceptuales e ideacionales que dificulta la inserción del sujeto en lo real.

## Conclusiones

El examen de esta población nos ha permitido constatar que en los 26 sujetos debidamente diagnosticados como esquizofrénicos, 9 presentaban un perfil caracterizado por un índice SCZI inferior a 4. Hemos constatado que estos pacientes tendían a tener un CDI positivo. Estos pacientes se reagruparían preferentemente en el sub-grupo de las esquizofrenias paranoides. Además, el delirio, tal como era expresado, fácilmente retomaba temas persecutorios o de relación. La hipótesis más probable es que este perfil particular traduciría al mismo tiempo un nivel de desorganización moderado y una alteración marcada de los procesos interpersonales. La descripción del perfil atípico SCZI bajo - CDI alto merecería una confirmación dentro del marco de otros estudios en grupos más extensos de esquizofrenias paranoides.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (3ra.ed.rev.). Washington DC, 187-203.
- DE BOECK, P. (1992). Incomplete construing in schizophrenic cognition. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 42, 2, 161-167.
- EXNER, J. E. (1986). *The Rorschach: A Comprehensive System*. Vol.1. New York: Wiley.
- HEMSLEY, D. R.(1992). Disorders of perception and cognition in schizophrenia. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 42, 2, 105-114.
- KRAUSE, R., STEIMER-KRAUSE, E. & HUFNAGEL, H. (1992). Expression and experience of affects in paranoid schizophrenia. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 42, 2, 131-138.
- MUSIOL, M. (1992). De l'incohérence du discours au désordre de la pensée chez le schizophrène. *Psychologie Française*, 37, 3-4, 221- 333.
- PLAGNOL, A. (1992) "Troubles cognitifs" et "Schizophrénie". *Psychologie Française*, 37, 3-4, 213-220.

Dirección:  
DANA CASTRO  
23, Avenue des Gobelins  
75007 París

## Un estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos a través del test de Rorschach.

---

Josep M. Giralt, Begoña González y Angels López

### RESUMEN

Se presenta un estudio de las variables del test de Rorschach, en una muestra de 30 pacientes esquizofrénicos, diagnosticados según criterios de DSM-III R, de ambos sexos, la mitad de ellos ingresados en una unidad de corta estancia de un hospital psiquiátrico y la otra mitad en tratamiento ambulatorio.

Utilizando el Sistema Comprensivo de Exner, se analizan el SCZI y CDI, así como otras variables consideradas relevantes en dicho cuadro clínico, discutiéndose los resultados hallados en ambos grupos.

La esquizofrenia es, dentro de las enfermedades mentales graves, una de las mayores preocupaciones de la psiquiatría y la clínica en general, por la dificultad del paciente para seleccionar y asimilar las percepciones que se traducen en diferentes síntomas: distorsiones, alucinaciones, etc. preferentemente a través del lenguaje.

Bleuler fue el primero en utilizar el término de esquizofrenia al introducir la escisión (*spaltung*) de las funciones psíquicas como uno de sus aspectos más importantes. Los síntomas fundamentales de la enfermedad se caracterizan por la disociación de ideas, sentimientos, etc., con un pensamiento ilógico, inadecuado, que provoca extrañeza en los demás (Broustra 1979). Esta disociación supone, para Giraud, una deficiencia de integración que lleva a desintegrar la capacidad asociativa.

Otro síntoma de la esquizofrenia es el autismo que marca una separación con el mundo exterior, inserta en lo real una parte imaginaria que le impide hacer un contacto adecuado con la realidad. El grado extremo del autismo sería la catatonía (Bleuler 1964, Broustra 1979 y Ey 1971).

Las diferentes corrientes psiquiátricas coinciden en caracterizar a la esquizofrenia como una alteración profunda y progresiva de la personalidad.

El mundo del esquizofrénico presenta también trastornos afectivos, ambivalencia afectiva e intelectual, que se traducen en sentimientos extremos centrados en la disociación y autismo e ilusiones y alucinaciones auditivas, visuales y/o corporales (Bleuler 1964).

Los síntomas esenciales son, según el DSM III R, alteraciones del contenido y curso del pensamiento, percepción, afectividad, sentido del yo, voluntad, relación con los demás y conducta psicomotora. El diagnóstico sólo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició

y mantuvo la alteración. Tampoco se establece este diagnóstico si los síntomas corresponden a un estado de ánimo o a un trastorno esquizoafectivo.

Siguiendo el Sistema Comprehensivo del Rorschach de J. E. Exner, desarrollado a partir del estudio de los trabajos de Beck, Hertz, Klopfer, Piotrovski y Rapaport-Schafer, se puede diferenciar al paciente esquizofrénico del que no lo es. Estudios posteriores de Exner posibilitan establecer de forma más precisa las características del paciente diagnosticado.

En estudios realizados por diferentes investigadores se observa la posibilidad de estudiar los trastornos de pensamiento a través del test de Rorschach. Hay determinadas verbalizaciones, muy especiales, propias de déficits en el proceso cognitivo que pueden observarse en los protocolos de pacientes esquizofrénicos.

Con estas consideraciones estudiamos cómo se podrían detectar las diferencias, a través del test de Rorschach, entre un grupo de pacientes esquizofrénicos que precisan ingreso en hospital psiquiátrico para su tratamiento y otro que se mantiene en tratamiento ambulatorio.

Nuestra hipótesis de trabajo es que, entre ambos grupos, deberían existir diferencias en la afectividad, procesamiento de la información, mediación cognitiva, percepción interpersonal y tolerancia al estrés, valorados a través de determinadas variables del Test de Rorschach, estudiadas según el Sistema Comprehensivo de Exner.

Así mismo queremos demostrar que existen diferencias entre ambos grupos considerando los factores y subfactores que componen el SCZI y otros índices positivos que puedan aparecer en los pacientes esquizofrénicos.

## **METODO**

Se seleccionaron dos grupos de pacientes esquizofrénicos, uno de sujetos ingresados en la unidad de corta estancia de un hospital psiquiátrico y otro grupo de sujetos en tratamiento ambulatorio, ambos en el marco de una asistencia pública sectorizada.

Fueron seleccionados en cada grupo 15 pacientes, 8 de ellos varones y 7 mujeres, seleccionados al azar entre aquellos que cumplían los criterios de esquizofrenia en fase activa y no residual. Se eligieron los criterios DSM III R de tal manera que todos los pacientes llevaban un mínimo de dos años de evolución de la enfermedad. El diagnóstico clínico fue verificado por dos evaluadores diferentes a través de la historia clínica, uno de ellos ajeno a la investigación.

La edad de los pacientes está comprendida entre 18 y 50 años (externos  $\bar{x}=28.9$ ,  $\sigma=8.5$ ; internos  $\bar{x}=29.5$ ,  $\sigma=8.5$ ), límite superior impuesto para evitar la interferencia de factores asociados a inicio de deterioro psico-orgánico.



Todos los pacientes que presentaban antecedentes de toxicomanía de cualquier tipo o sospecha de debilidad mental fueron, así mismo, descartados antes de proceder a la selección aleatoria.

**Tabla 1**

**Medias y desviaciones típicas de las variables Rorschach.**

Variables Rorschach	INGRESADOS		EXTERNOS	
	$\bar{x}$	$\sigma$	$\bar{x}$	$\sigma$
W	8.13	3.58	9.67	6.49
D	11	7.16	10.67	4.51
Dd	4.73	4.96	3.87	4.24
R	23.93	10.04	24.2	9.7
DQ+	4.8	2.81	4.07	2.37
DQo	16.33	9.32	17.6	8.59
DQv	3.27	2.74	2.4	2.38
Zf	10.2	3.49	11.73	5.68
M	3.27	1.58	2.73	2.34
FM	2	2.2	1.2	0.94
m	1	1.31	1.27	1.03
Col-Sh	0.47	0.74	0.6	0.91
FC	0.67	0.72	1	1
CF	2.53	2.17	2.2	1.7
C+Cn	0.6	0.83	0.73	1.03
C'	1.47	2	1.2	1.57
T	0.2	0.41	0.27	0.46
Y	1.2	1.3	0.6	1.1
V	0.2	0.41	0.33	0.72
H	2.4	1.5	1.73	1.03
L	2.2	2.3	1.7	1.1
X+%	37.13	19.48	39.73	10.42
X-%	0.44	0.19	0.37	0.13
3r+(2)	0.31	0.17	0.38	0.17
P	4.53	2.17	5.2	1.61
Afr	0.48	0.15	0.5	0.15

En el grupo de pacientes externos fueron también excluidos aquellos que habían sido ingresados en los cuatro meses anteriores o posteriores a la administración del test, a fin de poder considerarlos como pacientes "externos estabilizados".

Todos los pacientes pertenecían a un nivel socio-económico medio-bajo y bajo, con estudios de nivel primario y en tratamiento con medicación antipsicótica.

Se han usado las 10 láminas del Test de Rorschach, siendo la prueba administrada y clasificada siguiendo las normas del Sistema Comprehensivo del Rorschach.

La clasificación de cada protocolo fue hecha por cada uno de los autores independientemente, consensuándose las discrepancias encontradas en una discusión posterior. Cuando este consenso no fue posible se recurrió a la consideración de un supervisor externo que fue la doctora Campo.

Se han excluido del trabajo aquellos protocolos que presentaban menos de 14 respuestas. No se han excluido, en cambio, los protocolos con Lambda superior a 1.0; como queda reflejado en la tabla 2, el 84% de los sujetos presenta Lambda superior a 1.0 y los autores asumen que dichos valores son una característica de nuestros pacientes esquizofrénicos.

## RESULTADOS

Hemos seleccionado 26 variables Rorschach habitualmente consideradas importantes para la interpretación de los protocolos. Se han calculado la media aritmética y la desviación estándar de estas variables (Tabla 1), atendiendo a los dos grupos estudiados, pacientes ingresados y pacientes en tratamiento ambulatorio.

Utilizando un estudio de comparación de medias *no se han hallado diferencias estadísticamente significativas* en ninguna de las variables estudiadas. Cabe señalar *la diferencia entre las medias de la variable Y*, cuyo valor es *el doble en pacientes ingresados*.

Para demostrar nuestra hipótesis de trabajo se seleccionaron una serie de variables relacionadas con la afectividad (Afr., Blend, FC:CF+C), el procesamiento de la información (Zf, Z dif, W:M, W:D:Dd), mediación cognitiva (L, P), percepción interpersonal (Isolate, H:(H)+ Hd+ (Hd)) y tolerancia al estrés (D - Adj D) cuyos resultados se muestran en la Tabla 2.

En esta tabla se muestran las frecuencias de las variables según cumplan con los valores esperados o estén fuera de ellos. Se compararon las dos muestras aplicando la prueba de Chi cuadrado de comparación de frecuencias entre caracteres cualitativos *no encontrándose diferencias estadísticamente significativas*.

**Tabla 2**

**Frecuencias de valores normales y no normales, de variables estructurales Rorschach.**

Variables Rorschach		INGRESADOS N=15		EXTERNOS N=15	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
L	> 0.84	12	80	11	73
	< 0.84	3	20	4	27
Afr	≥ 0.53	10	67	9	60
	> 0.53	5	33	6	40
Blend	< 20%	12	80	13	86
	≥ 20%	3	20	2	14
Z dif	< -3.5	7	47	4	27
	> +3.5	3	20	5	33
	[-3.5,3.5]	5	33	6	40
W:M	< 1.5:1	3	20	1	7
	> 3:1	5	33	7	47
	[1.5,3]:1	7	47	7	47
W:D:DdW	W> D+Dd	3	20	4	27
	W< (D+Dd)/2	5	33	5	33
	(D+Dd)/2 ≤ W ≤ D+Dd	7	47	6	40
D-Adj D	D < Adj D	4	27	5	33
	D = Adj D	11	73	10	67
FC:CF+C	< 2:1	14	93	11	73
	≥ 2:1	1	7	4 (3=0:0)	27
Zf	< 9	6	40	7	47
	≥ 9	9	60	8	53
P	< 5	7	47	5	33
	≥ 5	8	53	10	67
H:(H)+Hd+(Hd)	< 4:1	13	86	11	73
	≥ 4:1	2	14	4	27

En la Tabla 3 se muestra el estudio del SCZI, mostrándose la frecuencia de sus valores.

*No se observan diferencias significativas entre ambos grupos aplicando la prueba de Chi cuadrado, ni considerados nivel a nivel ni agrupando los niveles 5 y 6 como mas discriminativos para el diagnóstico.*

**Tabla 3**

**Estudio del SCZI.**

	VALOR SCZI						
	0	1	2	3	4	5	6
INGRESADOS	0	1	1	1	3	3	6
		7%	7%	7%	20%	20%	40%
EXTERNOS	0	1	0	0	4	5	5
		7%			27%	33%	33%

Hemos aplicado, así mismo, una prueba de comparación de medias sin que aparezcan diferencias significativas ni en las medias ni en las varianzas, por lo que podemos considerar que *ambos grupos pertenecen a la misma población.*

**Tabla 4**

**Frecuencias de los factores que componen SCZI.**

	SUBINDICES SCZI					
	I	II	III	IV	V	VI
	X+<%.61 y S->%.41 o X+<%.50	X-%>.29	FQ -≥ FQu o FQ->FQo+FQ+	Σ NIV2>1 y FABC2>0	Σ FFEE>6 o S W FFEE>17	M->1 o X-%>.40
INGRESADOS	13 87%	11 73%	15 100%	9 60%	12 80%	9 60%
EXTERNOS	14 93%	12 80%	13 87%	9 60%	12 80%	7 47%

**Tabla 5**

**Frecuencias y porcentajes de los subfactores SCZI.**

	SUBFACTORES DEL SCZI									
	I a	I b	II	III a	III b	IV	V a	V b	VIa	VI b
INGRESADOS	13 87%	11 73%	11 73%	15 100%	9 60%	9 60%	11 73%	12 80%	3 20%	9 60%
EXTERNOS	14 93%	13 87%	12 80%	13 87%	7 47%	9 60%	9 60%	12 80%	4 27%	7 47%

En la tabla 4 se estudian las frecuencias de cada uno de los valores que componen el SCZI.

En la tabla 5 se desglosan cada uno de los subfactores integrantes del índice SCZI.

*Si analizamos los diferentes apartados que componen el índice de esquizofrenia, aplicando nuevamente la prueba de Chi cuadrado vemos que tampoco existen diferencias significativas entre ellos, encontrándose en la*

**Tabla 6**

**Frecuencias, medias y desviación típica de FF.EE.**

FF.EE.		INGRESADOS			EXTERNOS		
		FREQ.	$\bar{X}$	$\sigma$	FREQ.	$\bar{X}$	$\sigma$
DV	1	22	1.47	1.4	14	0.93	1.3
	2	8	0.53	0.9	4	0.27	0.4
INCOM	1	25	1.67	1.9	26	1.73	1.9
	2	20	1.33	1.5	19	1.27	1.1
DR	1	14	0.93	0.8	12	0.80	0.7
	2	17	1.80	3.6	7	0.47	0.8
FAB	1	3	0.20	0.4	1	0.07	0.2
	2	23	1.53	1.1	16	1.07	0.9
ALOG		4	0.27	0.4	12	0.80	0.9
CONFAB		4	0.40	0.6	1	0.07	0.2
$\Sigma$ FF.EE.		152	10.13	5.9	117	7.8	2.8
$\Sigma$ PONDERADA		607	40.47	29.7	411	27.4	9.1

misma proporción cada uno de ellos en ambos grupos (Tabla 5). Ninguno de los subíndices presenta una diferencia mayor de dos puntos entre ambos grupos. En la tabla 6, se estudia la frecuencia con que se presentan los diferentes FF.EE., con los Niveles 1 y 2, obteniéndose también las medias y desviaciones estándar.

**Tabla 7**

**Índices positivos en el Rorschach. Frecuencias.**

	INDICES RORSCHACH					
	SCZI	DEPI	CDI	SCON	HVI	OBS
INGRESADOS	12	5	3	2	2	0
EXTERNOS	14	4	8*	1	2	0

Los *Fenómenos Especiales* se han estudiado de manera diferenciada, aplicando la prueba de comparación de medias, *no obteniéndose diferencias significativas*, aunque en el grupo de pacientes ingresados todos los FF. EE. aparecen con mayor frecuencia excepto ALOG (Tabla 6).

En la tabla 7, se muestran todos los índices positivos Rorschach hallados en el trabajo.

En el HVI y DEPI no hay diferencia entre ambos grupos, *en CDI se observó una tendencia significativa a ser más frecuente en el grupo de pacientes externos*. Aplicamos la prueba Chi cuadrado, (grados de libertad = 1), obteniendo un nivel de significación de 0,12 (tabla 7). Ante esos resultados

**Tabla 8**

**Factores que componen el CDI. Frecuencia y porcentajes.**

	SUBINDICES CDI				
	I	II	III	IV	V
	EA<6	COP< 2	$\Sigma$ pesC<2.5	p>a+1	$\Sigma$ T>1
	o	y	o	o	o
	Adj>D<0	AG<2	Afr<.46	H<2	Ais/R>.24
					o
					Food>0
INGRESADOS	8	10	8	4	6
	53%	67%	53%	27%	40%
EXTERNOS	9	13	7	7	6
	60%	87%	47%	47%	40%

**Tabla 9**

**Subfactores que componen el CDI. Frecuencias y porcentajes.**

	SUBFACTORES DEL CDI									
	Ia	Ib	II	IIIa	IIIb	IVa	IVb	Va	Vb	Vc
	EA<6	AdD<0	COP<2	sumpC<2.5	Af<.46r	p>a+1	H<2	S T>1	Ais/R>.24	Food>0
		y								
		AG<2								
INTERNOS	8	1	10	8	7	1	4	0	2	6
	53%	7%	76%	53%	47%	7%	27%	0%	13%	40%
EXTERNOS	9	1	13	6	7	3	7	0	6	2
	60%	7%	87%	40%	47%	20%	47%	0%	40%	13%

se procedió a un estudio detallado del CDI. En las tablas 8 y 9 se muestra las frecuencias con que se presentan los factores y subfactores del CDI.

Se aplicó una prueba de Chi cuadrado, *no encontrándose diferencias significativas* entre ambos grupos. El índice que se presenta con mayor frecuencia en ambos grupos es COP < 2 y AG < 2. Por el contrario, ningún paciente de ninguno de los dos grupos presenta T > 1, y tan solo uno de cada grupo Adj D < 0.

Analizando los diferentes aspectos que valora el CDI, se observa una mayor tendencia, en los pacientes externos, a presentar mayores niveles de aislamiento social, mientras que los pacientes ingresados los presentan en Food (Tabla 9).

## Discusión

No se ha demostrado la primera de nuestras hipótesis de trabajo, encontrándose resultados semejantes en ambos grupos entre las variables seleccionadas para estudiar la afectividad, el procesamiento de la información, la mediación cognitiva, la percepción interpersonal y la tolerancia al estrés (Tabla 2).

Al analizar el *SCZI* se observa que en ambos grupos el número de falsos negativos es bajo (3 y 1 respectivamente). En el grupo internos este número es similar al obtenido por Exner (20%), si bien en el grupo de externos este valor es todavía mas bajo (7%). *Es de destacar el alto nivel de correspondencia del índice con el diagnóstico clínico*, validándose a su vez la bondad del criterio de selección de la muestra (Tabla 3).

Entre los diferentes ítems que componen el *SCZI* se observa que los que *aparecen con mayor frecuencia son el I, II y III que corresponden a los trastornos cognitivos*, siendo las distorsiones perceptivas graves (predomina el nivel - sobre el nivel u) (Tabla 4).

Entre los trastornos ideacionales, el trastorno menos frecuente es M->1. Debemos señalar que la media del valor M en nuestros dos grupos (3.27 en ingresados y 2.73 en externos) es muy inferior al valor presentado por Exner para esquizofrénicos internos (6.0), pero parecido al obtenido en nuestro medio por Vives (1989) en su tesis doctoral, en la que compara un grupo de esquizofrénicos crónicos y un grupo de esquizofrénicos agudos cuya media de M es 2.37. Consideramos importante destacar el hecho de que nuestra muestra corresponde a sujetos con un nivel sociocultural medio-bajo y bajo lo que consideramos influye de manera determinante en los valores M obtenidos.

Entre los *Fenómenos Especiales* la mayor diferencia entre medias se observa en DR2 y DV2, *más altas en los internos. En el grupo internos, entre los fenómenos especiales de nivel 2, el más frecuente es FABCOM 2, mientras en los externos es INCOM 2* (Tabla 6). Estos datos sugieren que los pacientes que ingresan en un hospital psiquiátrico presentan trastornos del pensamiento de mayor intensidad y gravedad y que las verbalizaciones

son también más desviadas, contribuyendo a que los demás puedan verlos psicopatológicamente más graves. Posiblemente los Fenómenos Especiales DR2, DV2 y FABCOM 2 sean más sensibles a la fenomenología clínica.

*ALOG*, por el contrario, es tres veces más frecuente entre los pacientes externos (Tabla 6), es decir, presentan un tipo de lógica en sus razonamientos fuera de lo convencional y excesivamente simplista, pero no necesariamente verbalizada (DR más bajo). Por ello no llamarían la atención del terapeuta.

La suma de todos los fenómenos especiales y la suma ponderada es más elevada entre los pacientes ingresados, sugiriendo una mayor distorsión en los procesos de pensamiento.

A través de los resultados obtenidos al analizar el CDI, se observa que, si bien no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, sí se puede observar en los pacientes externos una clara tendencia a presentar un CDI positivo (53% externos y 7% internos) (Tabla 7).

Aunque la frecuencia es muy baja se observa que en los pacientes externos  $p > a + 1$  es tres veces superior a los internos. Así mismo, puntúan más veces en  $H < 2$ , configurando un patrón de poco interés en las demás personas, junto a un índice de aislamiento positivo más frecuente en dicho grupo. Podríamos describirlos como más aislados, más pasivos y con poco interés en los demás (Tabla 9).

Por el contrario los pacientes ingresados presentan con mucha mayor frecuencia  $Food > 0$  (tan solo uno en pacientes externos), es decir son más dependientes, menos pasivos y más interesados en los demás (Tabla 9).

Los datos presentados sugieren que una parte de los pacientes esquizofrénicos externos (53% en nuestra muestra) no experimentan, en general, una necesidad de dependencia tan elevada como los pacientes internos, utilizan en mayor medida el aislamiento, son más pasivos y no están interesados en los demás. Estas características podrían explicar que puedan mantenerse fuera del hospital al no entrar en conflicto en la relación con los otros, por las pocas interacciones que establecen.

Los pacientes internos, por su parte, tienden a experimentar mayores necesidades infantiles de dependencia, son más regresivos y presentan mayores sentimientos de indefensión. Estas demandas de tipo muy primario y masivas contribuirían a generar conflictos interpersonales que pueden dificultar un normal funcionamiento en la sociedad. Es decir, ingresarían aquellos pacientes en los que el trastorno esquizofrénico ha roto las defensas de aislamiento y les ha situado en un funcionamiento tan primitivo y regresivo que no pueden ser contenidos por los medios sociales o personales.

La presencia más frecuente de CDI positivo en pacientes externos indica que dichos pacientes experimentan una incapacidad para manejarse en su vida cotidiana que les llevaría a ser percibidos por el terapeuta y el entorno social como más colaboradores y tributarios de tratamiento.



Creemos que la similitud en las características clínicas de los dos grupos y las diferencias halladas pueden llevar a la comprensión del término psicosis desde la perspectiva en que se ha trabajado como inhabilidad social e incapacidad personal de contener. Este trabajo se ha realizado con un número limitado de pacientes que hace que ningún resultado sea estadísticamente significativo. A fin de confirmar las tendencias observadas en el mismo, debería ampliarse el estudio con un número superior de pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

- BLEULER, E.(1964). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. En A Aschaffenburg. Handbuch der Psychiatrie.* Traducción castellana. Tratado de Psiquiatria. Barcelona: Herder.
- BROUSTRA, J.(1979). *La Esquizofrenia.* Barcelona: Herder.
- CODERCH, J.(1975). *Psiquiatria Dinámica.* Barcelona: Herder.
- EXNER, J.E.(1974). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. I* Nueva York: J. Wiley and Sons.
- EXNER, J.E.(1978). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. II* Nueva York: J. Wiley and Sons.
- EXNER, J.E.(1982). *Algunos datos referentes al "Borderline" y Esquizofrenia.* Nueva York: Rorschach Workshop.
- EXNER, J.E. y WEINER, I.B.(1982). *The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. III.* Nueva York: Wiley.
- EY, H.(1971). *Tratado de Psiquiatria.* Barcelona: Toray-Masson.
- FENICHEL, O.(1945). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.* Buenos Aires: Paidós.
- ROSENFELD, H.A.(1974). *Estados Psicóticos.* Buenos Aires: Hormé, Paidós.
- VIVES GOMILA, M.(1989). *El Rorschach, Instrumento de Diagnóstico y Pronóstico en la Diferenciación de la Esquizofrenia.* Barcelona: PPU.
- WEINER, I.B.(1966). *Psychodiagnosis in Schizophrenia.* Nueva York: J. Wiley and Sons.

Dirección:  
Sant Joan de Déu  
Serveis de Salut Mental  
Vía Laletana, 19, ent. B  
08003 Barcelona

## Hacia un enfoque\* experiencial\*\* psicoanalítico del Rorschach\*\*\*

---

Paul M. Lerner

### RESUMEN

Con un enfoque conceptual del Rorschach se crea un lazo fuerte entre este test y una teoría de la personalidad que se halla fuera del test mismo. Cambios en esa teoría de personalidad pueden proporcionar conceptos y formulaciones nuevas para comprender los datos del Rorschach. Estos cambios también pueden proporcionar nuevos y diferentes modos de conceptualizar y utilizar el test. El autor afirma que cambios en la teoría psicoanalítica actualmente están facilitando una visión más experiencial del Rorschach. Revisa la relación entre teoría de personalidad y el trabajo con el Rorschach, discute los cambios en la teoría psicoanalítica que están conduciendo a una psicología Rorschach más experiencial y describe el significado de un acercamiento experiencial al Rorschach.

La pasada década ha sido testigo de un interés sin precedentes en el Rorschach como medio para estudiar y comprender a las personas. Dos corrientes han contribuido a esta renovación del interés: una empírica ejemplificada por la obra de Exner (1974) y su Sistema Comprensivo, y una conceptual ejemplificada por intentos de aplicar la teoría psicoanalítica a la interpretación del Rorschach (Lerner, 1991b). Aun cuando el enfoque empírico, con su énfasis en cuestiones relacionadas al test en sí como son la fiabilidad y la validez, ha aportado un acercamiento más sistemático a la codificación e interpretación del Rorschach, y de hecho ha contribuido significativamente a su respetabilidad científica, este enfoque tiene limitaciones.

Por ejemplo, examinadores con una perspectiva empírica confían casi exclusivamente en una sola fuente de información respecto del paciente -las codificaciones y sus interrelaciones. Aunque ha sido convincentemente demostrado que mucha información útil puede ser descubierta a partir de una valoración sistemática de los cómputos, esta exclusividad omite otras fuentes igualmente importantes, como el contenido de las respuestas al Rorschach, la secuencia de las respuestas y la conducta del paciente durante la situación de test.

Una segunda limitación estrechamente ligada a la primera, involucra el papel y el valor acordado a la persona del examinador. En un abordaje

---

\* Nota de la traducción: approach = enfoque, aproximación, abordaje?

\*\* Nota de la traducción: experiential = experiencial, vivencial?

\*\*\* Publicado (versión inglesa) en el *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 4, 1992, 451-464. Traducido por Vera Campo.

empírico, el examinador es visto como una fuente de prejuicio y error; por lo tanto se realizan intentos para estandarizar ese papel llegando a eliminarlo casi por completo. Esta postura ignora la consideración de que sí existe una relación entre el paciente y el examinador, no importa cuan proscrita sea, y que la relación tendrá un impacto en el paciente y sus producciones en una variedad de maneras conscientes e inconscientes.

Una tercera limitación planteada por un abordaje empírico involucra su postura ateórica. Enraizada casi enteramente en hallazgos empíricos, un enfoque empírico se halla divorciado de cualquier teoría de personalidad o cualquier teoría psicopatológica que se encuentra fuera del test mismo. Debido a esta posición ateórica, las inferencias derivadas del test tienden a ser afirmaciones mundanas, descriptivas, pragmáticamente útiles con un valor heurístico y clínico bastante limitado. En contraste con el abordaje empírico, un enfoque conceptual asume una relación íntima entre el test y una teoría de personalidad independiente del mismo. Por lo tanto, cambios en la teoría poseen implicaciones muy importantes para cómo el test es considerado y utilizado.

A pesar de estas limitaciones y aun cuando el abordaje empírico está construido solamente sobre un aspecto de la visión original de Hermann Rorschach, las contribuciones de esta corriente han llegado a ocupar un lugar predominante en la literatura Rorschach. Recíproca y desafortunadamente, han sido subvaloradas las oportunidades singulares para trabajar con el Rorschach en manos de clínicos psicoanalíticamente informados. El propósito de este artículo es reajustar este desequilibrio aclarando los avances en la corriente conceptual basados en los cambios en la teoría psicoanalítica. Después discutiré cambios significativos de énfasis en la teoría psicoanalítica y las implicaciones de estos cambios para el Rorschach.

Subyacente a esta discusión se halla la proposición básica de que los cambios en la teoría están conduciendo a una aproximación menos estructural y más experiencial al Rorschach, incluyendo la interpretación de los datos del test. Finalmente esbozaré un enfoque experiencial del Rorschach.

## **Relación entre la teoría y el testar**

El vínculo entre el Rorschach y la teoría psicoanalítica comenzó con los esfuerzos pioneros de Rapaport (Gill, 1967). Rorschach no casó su procedimiento con una teoría particular; Rapaport sí lo hizo. Concibió la relación como una calle con dos direcciones. En una, él vio la teoría como ofreciendo al clínico que utiliza tests, una piedra angular de conceptualización clínica, con el potencial para ampliar y enriquecer grandemente las inferencias derivadas de los tests. En la otra dirección, vio cómo los tests en sí mismos proporcionaban medios para hacer operativos conceptos que eran vagos,

esquivos y abstractos, y de cómo este proceso podría facilitar el examen de formulaciones psicoanalíticas fundamentales; y así, con el tiempo, podrían ser sumadas al creciente alcance de la teoría psicoanalítica.

Autores posteriores a Rapaport han intentado esbozar las funciones específicas que la teoría psicoanalítica ofrece al testar psicológico. Por ejemplo, Sugarman (1985, 1991) ha identificado cuatro de esas funciones: (1) organización, (2) integración, (3) clarificación, y (4) predicción. Para Sugarman, una teoría de personalidad implícita ayuda al examinador Rorschach en la comprensión y organización de los datos que son complejos, a menudo excesivamente ricos, y a veces inconsistentes. Por consiguiente, una teoría de personalidad comprensiva permite al examinador no solamente organizar la masa de material, también sino integrar trozos del material que en una primera ojeada parecen no estar relacionados. La tercera función, clarificación, significa que la teoría de personalidad puede auxiliar al clínico o al investigador a rellenar huecos en la información de un modo informado. Finalmente, con respecto a la predicción, Sugarman (1991) nos recordó que sólo puede ser exitosa en cuanto "la conducta en cuestión se halla mediada por las variables de personalidad que los tests exploran." (p.134).

Aparte de las funciones delineadas por una teoría de personalidad, también es importante la naturaleza de la integración entre la teoría y el testar. Específicamente con respecto a la teoría psicoanalítica y el Rorschach, sugiero los siguientes puntos.

Primero, cuando los teóricos han integrado el Rorschach con la teoría psicoanalítica, no lo han hecho con esta teoría en general sino más bien con uno o varios sub-modelos específicos. Por ejemplo, al casar el Rorschach con la teoría psicoanalítica, Rapaport se basó exclusivamente en la teoría de los impulsos y la estructural. Otros teóricos tempranos (p.e., Holt, 1970; Schafer, 1954) asimismo basaron su trabajo y pensamiento en estos dos sub-modelos. Por el contrario, autores más recientes, aunque sin abandonar los modelos anteriores, sin embargo han relacionado el Rorschach con sub-modelos más tardíos, incluyendo la teoría de las relaciones objetales (Blatt & Lerner, 1983; Lerner, 1991b; Lerner & Lerner, 1988) y la psicología del sí mismo (self) (Arnow & Cooper, 1988).

Segundo, cada uno de los sub-modelos psicoanalíticos incluye una serie de conceptos y formulaciones que pueden ser colocados en un continuo en base a su cercanía o distancia relativa de la experiencia del paciente. En general, los conceptos que emergen de la teoría de los impulsos o de la estructural -tales como el impulso, los aparatos de autonomía primaria, y los estados del Yo- han estado ubicados en un nivel más abstracto y más lejano de la experiencia, que los conceptos basados en la teoría de las relaciones objetales o en la psicología del self. Los conceptos evocativos del "falso self" y del "maternaje suficientemente bueno" de Winnicott, y la noción descriptiva de Kohut de los "objetos del self", ilustran

muy bien la cualidad cercana a la experiencia de los conceptos que emergen de estos sub-modelos posteriores.

Tercero, en cada sub-modelo está implícita una visión particular de la psicopatología y del proceso de tratamiento. Por ejemplo, la regresión en su sentido más amplio, como notaron Ornstein y Ornstein (1980), involucra “un retorno a o un reestablecimiento de modos de pensar, conducta y relaciones objetales genéticamente anteriores” (p.12). La regresión en el tratamiento dentro de los sub-modelos del impulso y estructural, ha significado la revelación de la psicopatología del paciente en la situación de tratamiento. Aunque reteniendo estos significados anteriores, desde la perspectiva de la psicología del self los teóricos han subrayado un segundo aspecto de la regresión -su función restauradora. Aquí la regresión es conceptualizada como implicando asimismo un estado en el que, a través de la resolución del conflicto o una construcción tardía de estructura, un desarrollo detenido puede continuar nuevamente.

Cuarto, cuando es aplicado al Rorschach y a su interpretación, el sub-modelo tenderá a determinar el encuadre dentro del cual la interpretación es realizada y su lenguaje, el papel adjudicado al examinador psicológico, cómo es conceptualizada la relación paciente-examinador, y el modo de observar y recoger los datos. Por ejemplo, en la Lámina I un paciente vio “un murciélago dañado con agujeros en la alas e incapaz de volar”. Desde una perspectiva de la psicología del self, un examinador bien podría centrarse en el aspecto de “murciélago dañado” de la respuesta, e inferir una herida narcisística temprana experimentada como “una sensación de estar herido, dañado y defectuoso”. Desde una perspectiva del desarrollo, un examinador en vez podría enfatizar la parte “incapaz de volar” de la respuesta, colocar la respuesta en el marco de Mahler, Pine y Bergman (1975), y entonces inferir “dificultades en la separación e individuación”. Aun cuando las dos inferencias son compatibles, reflejan puntos de énfasis diferentes y diferentes manera de conceptualizar la dinámica nuclear.\*

### **Hacia una psicología Rorschach experiencial**

Al casar el Rorschach con la teoría psicoanalítica, Rapaport confió exclusivamente en los sub-modelos del impulso y estructural. Como consecuencia expresó las interrelaciones entre elementos constituyentes del test en términos de impulsos, defensas y el interjuego entre ambos; frecuentemente articuló las interpretaciones en términos lejanos de la experiencia con un uso liberal de conceptos mecanicistas; y asignó al examinador el papel de un observador neutral, relativamente abstinentemente y externo -un papel similar al del analista (parecido a un) “cirujano”.

---

Comentario de la traductora: Y en esto, justamente, reside el escollo fundamental del enfoque psicoanalítico del Rorschach.

Sus formulaciones concernientes a la respuesta de color son representativas de sus elaboraciones teóricas. Concibió (Rapaport, Gill & Schafer, 1945-1946) el color y la relación entre el color y la forma como indicativo del proceso de descarga de afecto y la concomitante capacidad para la demora. Así, la respuesta de color puro reflejaba una ausencia de demora, la respuesta de color-forma (CF) indicaba una demora mayor pero con una efectividad mínima, y la respuesta forma color (FC) sugería un control flexible y una demora adaptativa. Además, Rapaport anotó que porque el alcance y modos de regulación de los actos son groseramente paralelos a la de los afectos, la capacidad para efectuar la demora antes de actuar también podía ser inferida de la respuesta de color.

Siguiendo los pasos de Rapaport, Schafer (1954) también confió en el modelo estructural; así, su discusión elegante y esclarecedora de la relación examinador-paciente se basaba en una visión clásica pero particular de la transferencia; más específicamente, aceptó la conceptualización de la transferencia en que el analista -o en esta instancia el examinador- llega a ser experimentado por el paciente como una nueva edición, determinada por las fases (esto es, oral, anal, edípica), de los padres como objetos de deseos libidinosos o agresivos.

Las raíces de un enfoque psicoanalítico experiencial del Rorschach se pueden encontrar tanto en los cambios de énfasis en la teoría psicoanalítica como en las contribuciones tempranas de teóricos específicos del Rorschach psicoanalíticamente informados. La teoría psicoanalítica siempre ha estado en evolución. Desde una temprana preocupación por la identificación de los instintos y sus vicisitudes (teoría de los impulsos) y un énfasis subsiguiente en el estudio del Yo (teoría estructural), el foco ha cambiado -especialmente durante las dos últimas décadas- hacia una comprensión sistemática de la temprana relación madre-niño (teoría del desarrollo) y de su impacto en el desarrollo del self (psicología del self), y de la calidad de las relaciones interpersonales posteriores (teoría de las relaciones objetales). Junto con esta evolución en la teoría ha habido un movimiento de alejamiento de una metapsicología distante de la experiencia, formulada dentro de un encuadre mecanicista de la ciencia natural, de estructuras, fuerzas y energías impersonales, hacia una teoría clínica más cercana a la experiencia, primordialmente preocupada con las vivencias y los significados subjetivos.

Junto con este cambio de énfasis en la teoría, también han surgido nuevas conceptualizaciones de la psicopatología y del proceso terapéutico. El modelo psicopatológico más viejo -basado en la teoría del impulso y en la estructural- recalcó los impulsos presionando para la descarga, las defensas evocadas y el interjuego entre ambos que resultaba en el conflicto, la ansiedad incrementada y la formación de síntomas. De la teoría de las relaciones objetales y de la psicología del self ha emanado una conceptualización alternativa, un modelo de "detención del desarrollo" o de

“déficit estructural”, que subraya los daños en la estructura misma de la personalidad como consecuencia de un desarrollo defectuoso. Con la emergencia de puntos de vista psicopatológicos más nuevos, asimismo han aparecido nuevas maneras de conceptualizar el proceso del tratamiento. Las teorías del tratamiento basadas en el modelo psicopatológico anterior, subrayaban la interpretación y el “insight”, siendo vista la terapia como un tipo singular de educación y la relación terapéutica como un laboratorio especial para explorar y vivenciar las configuraciones dinámicas críticas mientras emergían en la transferencia. En contraste, como lo notó Michaels (1983), las conceptualizaciones del tratamiento basadas en modelos psicopatológicos posteriores *enfatan los substratos psicológicos y los nutrientes necesarios para el crecimiento y el desarrollo, con la terapia siendo interpretada como un tipo especial de paternaje-maternaje, el proceso interpretativo como un modelo de interacción que promueve el crecimiento, y la relación terapéutica como un sustituto de la familia nuclear y como una matriz para la individuación y el crecimiento.* (p.5)

Finalmente, la emergencia de modelos teóricos más nuevos, especialmente la psicología del self, ha constituido una llamada significativa y controvertida para un cambio básico en el modo de la observación clínica y la recolección de datos. En su trabajo fundamental de 1959, “Introspección, empatía y psicoanálisis”, Kohut (1959-1978) argumentó que el acceso a profundidades psicológicas significativas sólo podría ser obtenido a través de modos específicos de observación: introspección en el propio estado subjetivo, introspección vicaria, y empatía con la de otra persona. Su postura, que ha adquirido una creciente vigencia, ocupa una posición muy contrastante con puntos de vista psicoanalíticos anteriores que subrayaban la observación externa (extrospectiva) e información derivada del exterior.

En el lenguaje Rorschach, la más temprana y una de las discusiones más comprehensivas de una aproximación experiencial a las manchas de tinta, está representada por la obra de Schachtel (1966). Sin descontar la importancia de abordajes empíricos previos, el interés de Schachtel se centraba en comprender lo que ocurre en el test y en su interpretación. Lo manifestó de esta manera: “El uso del test será más fructífero si comprendemos plenamente la naturaleza de la información que estamos estudiando en un protocolo de Rorschach y si comprendemos, además, la naturaleza de lo que estamos haciendo cuando codificamos e interpretamos un protocolo.” (p.2).

Para proporcionar esta comprensión, Schachtel desarrolló un sistema racional para el test como un todo, como así también para los códigos, especialmente los determinantes. A diferencia de Rapaport -que basó su sistema racional del test en la organización del pensamiento y sus subprocesos constituyentes: formación de conceptos, anticipación, memoria, juicio, atención y concentración- Schachtel basó su sistema racional en la

percepción y sus sub-procesos, incluyendo diversas actitudes perceptuales. Considerando la percepción como mediación de la experiencia, Schachtel fue así capaz de acercar el Rorschach a una experiencia más inmediata, idiosincrática, actual y "fenomenológica".

Para Schachtel los determinantes representan ciertas actitudes experienciales-perceptuales básicas. Tomó nota (1966) de que "*cada determinante* usualmente representa una *actitud perceptual* que es característica para la experiencia visual que resulta en una respuesta basada primordialmente en ese determinante" (p.78). Por ejemplo, básica para la percepción del color es lo que Schachtel denominó una "actitud autocéntrica", esto es, un modo de relación perceptual en la cual "hay poca o ninguna objetivación; el énfasis está en cómo y qué siente una persona; existe una estrecha relación equivalente a una fusión, entre la cualidad sensorial y el placer o sentimientos desagradables (ligazón-placer-displacer), y el que percibe reacciona primordialmente a algo que le afecta" (p.79). Al sugerir que esta misma actitud también subyace a la experiencia de los afectos, Schachtel pudo así relacionar el color, no al proceso de descarga afectiva como lo hizo Rapaport, sino más bien a la experiencia afectiva misma, incluyendo la responsividad, el alcance, el nivel de diferenciación y la expresión.

Entonces, en comparación con Rapaport, Schachtel proporcionó una serie de interrelaciones entre elementos constituyentes del test que ligaban la conducta durante el test más directamente con la experiencia actual del paciente, ofreciendo de este modo una comprensión más cercana a la experiencia de la tarea Rorschach. Schachtel (1966) también hizo otra cosa -describió lo que quería significar con un acercamiento experiencial al Rorschach: *Denomino el enfoque principal que utilizo... "experiencial" porque consiste sobre todo en el intento de reconstruir, de comprender, y de hacer más explícitas las experiencias que el examinado vivió al tomar el test y sus reacciones a estas experiencias, específicamente su manera de abordar o evitar o manejar la experiencia de las manchas de tinta en el contexto de la tarea del test. (p.4)*

La segunda contribución principal a una aproximación más experiencial psicoanalítica al Rorschach fue la de Mayman (1967, 1977). El mismo Hermann Rorschach creía que su test podía hacer surgir conclusiones acerca de la manera característica del individuo de vivenciar, pero no del contenido de la experiencia de la persona. Schachtel siguió el liderato de Rorschach, y ciertamente su contribución se relaciona a modos de vivenciar definidos en términos de actitudes perceptuales básicas. Este abordaje dirigió a Schachtel a considerar los códigos, los determinantes y las cualidades perceptuales de las manchas de tinta. Mayman sin embargo dirigió sus esfuerzos a una apreciación del contenido de la experiencia, la substancia del mundo fenomenológico del examinado. Su sistema racional fue: *Cuando se le pide a una persona pasar una hora sumergiéndose en un campo de impresiones donde prevalece lo amorfo y donde pueden aparecer*



*formas extrañas y ajenas, pondrá en movimiento un proceso reparativo cuya meta es reemplazar la falta de forma por recuerdos del mundo real palpable. Se apresta a recordar, recapturar reconstituir su mundo tal como lo conoce, con personas, animales y cosas que se acomodan lo más naturalmente posible a las expectativas arraigadas alrededor de las cuales ha aprendido a estructurar su mundo fenoménico. (p.248).*

Fue en la discusión de la respuesta de movimiento humano que Mayman (1977) colocó los cimientos para un acercamiento más experiencial al Rorschach, especialmente al contenido del Rorschach. Muy explícitamente señaló que las figuras humanas en el Rorschach podían ser tomadas como una muestra representativa del mundo interno objetual del examinado. Con ello consideró el contenido no simbólicamente sino experiencialmente -esto es, como una expresión directa de la experiencia interpersonal del individuo. Mayman comparó su enfoque con el manejo del contenido manifiesto de un sueño más que con el significado latente.

Mayman (1963) asimismo intentó clarificar el lenguaje multinivelado del psicoanálisis y de aportar al Rorschach una serie de conceptos y un nivel de lenguaje que se hallaban relativamente cercanos a la experiencia. Al principio, diferenció tres series coordinadas de conceptos o lenguaje utilizado en psicoanálisis. Una serie o nivel es el lenguaje usado por el clínico en transacción con el paciente, un lenguaje más relacionado con la poesía que con la ciencia. Fuera del despacho, el clínico utiliza un "lenguaje medio" de "constructos empíricos" que ayuda a formular generalizaciones clínicas acerca de un individuo. Un tercer lenguaje, más abstracto, consiste en "constructos" más "sistemáticos" o "hipotéticos", un sistema de conceptos impersonales utilizando términos más objetivos, distantes, de tercera persona, que constituyen la metapsicología psicoanalítica. Mayman ha subrayado de forma consistente la necesidad de aplicar el "lenguaje de nivel medio" a la interpretación del Rorschach.

Finalmente, Mayman (1964) ha argumentado continuamente a favor de una aproximación sistemática pero clínico-intuitiva a la comprensión e interpretación de los datos del Rorschach. Su descripción de este enfoque es notoriamente consistente con el experiencial de Schachtel (1966). De acuerdo a Mayman (1964), "Al testar a un paciente con fines clínicos, no sólo estamos midiendo; observamos a una persona en acción, intentamos reconstruir la manera en la cual trató de manejar las tareas que le proporcionamos, y entonces intentamos darle un sentido clínico a su conducta" (p.2).

## **Un enfoque psicoanalítico experiencial**

Dentro de un encuadre psicoanalítico, un enfoque experiencial del Rorschach involucra una actitud particular hacia el proceso del testar y la naturaleza de los datos Rorschach; una serie de interrelaciones entre elementos constituyentes del test que se aplican tanto al test como un todo,

como a los códigos, especialmente los determinantes; un método sistemático de evaluar el contenido, y una visión particular de la naturaleza del proceso interpretativo.

Rapaport consideró el pensamiento como una vía hacia la comprensión de estructuras más profundas, más básicas y duraderas dentro de la organización de la personalidad. Schachtel otorgó un papel similar a la percepción; sin embargo, también implicó que la comprensión de la naturaleza de la experiencia del paciente en sí misma era un aspecto igualmente importante de la evaluación. De hecho, Schachtel (1966) sugirió que al testar con el Rorschach, el examinador intentara tanto como fuera posible, comprender y reconstruir la totalidad de la experiencia del examinado con el test. Para realizarlo, el examinador primero debe apreciar que la experiencia del testar ocurre dentro del contexto de una "tarea" específica de test y una "situación" particular de test (p.6).

Por tarea Schachtel significaba las consignas específicas, por ejemplo, "Dígame lo que ve" o "Qué podría ser esto?". Entonces, el examinador que aplica el test desde esta perspectiva, debe prestar una atención especial a las consignas del test y reconocer que las respuestas Rorschach reflejarán y serán a la vez influenciadas por los significados subjetivos que el paciente atribuye a las consignas. Esto es, el desempeño en el Rorschach involucra lo que el examinado cree que debe hacer para manejar la tarea.

La situación de test y los significados subjetivos que tiene para el paciente también influyen en el desempeño en el Rorschach. La consideración de que el testar tiene lugar en el contexto de una relación interpersonal, tiene una importancia principal dentro de los diversos aspectos de la situación de test. En algún nivel el examinado reconoce la necesidad fundamental de comunicar una respuesta a otra persona.

Así, desde una perspectiva experiencial, se presume que un protocolo de Rorschach no puede ser completamente comprendido sin una consciencia de sus aspectos e implicaciones interpersonales. Una relación interpersonal, con aspectos realistas e irreales, es intrínseca al testar, y esta relación no sólo tiene un impacto significativo en las producciones del paciente pero también puede proporcionar una gran riqueza de información. Basados en diversos sub-modelos, varios conceptos tales como la transferencia-contratransferencia (Schafer, 1954), la transferencia del self-objeto (Arnow & Cooper, 1988), y la identificación proyectiva (Lerner, 1991b) han sido proporcionados para comprender y conceptualizar la relación de test.

Al intentar evaluar la totalidad de la experiencia del paciente al máximo posible, el examinador experiencialmente orientado reconoce que los códigos del test son importantes, pero que ciertas facetas de la experiencia del individuo se expresan en el Rorschach en modos no reflejados por los códigos. Los códigos ayudan claramente a identificar y cuantificar características del proceso de respuesta; sin embargo, otros aspectos de la respuesta que no son codificados, también deberían ser considerados. Por

lo tanto, al testar desde esta perspectiva, el examinador debería hacer un registro tan exacto y completo como fuese posible de todo lo que ocurre entre examinado y examinador, incluyendo las respuestas del paciente palabra por palabra, la dirección de los comentarios del examinador, y las manifestaciones espontáneas, evaluativas y emocionales del paciente. Por ejemplo, un comentario casual tal como "Este test es realmente embarazoso para mí", proporciona una visión singular de la experiencia inmediata del individuo. El examinador debería notar y registrar todos los aspectos de la conducta del paciente, incluyendo la sutil evitación de la negrura, el pedir permiso para girar una lámina, y las reacciones emocionales al color expresadas a través de comentarios espontáneos.

Una perspectiva experiencial proporciona varias fuentes de información acerca del paciente que pueden servir como trampolín para desarrollar inferencias clínicas. Estas incluyen: (1) los aspectos formales de las respuestas al test, incluyendo los códigos y sus interrelaciones; (2) el contenido de la respuesta específica del paciente, incluyendo la actitud hacia la respuesta; (3) la conducta del paciente en la situación de test y cómo interactúa con el examinador; y (4) la secuencia exacta de las respuestas. Testar con el Rorschach consiste en ir trasladando la atención sensitivamente de una a otra de estas fuentes, mientras se desarrollan y chequean inferencias de manera continua.

Los examinadores que examinan desde una postura conceptual, en contraste con aquellos que emplean un enfoque empírico, insisten en las interrelaciones entre los elementos constituyentes del test, esto es, en conceptos que explican y formulaciones que conectan la conducta con sus cimientos psicodinámicos por una parte, y por otra con el desempeño en el test y las respuestas dadas al test. Schachtel (1966) lo expresó de esta manera: "Ninguna cantidad de validación de los significados de los códigos y razones del test de Rorschach pueden substituir la comprensión de lo que sucede en el test." (p.2).

Algunas autoridades creen que los examinadores pueden lograr un nivel de competencia en el uso del test con el conocimiento, basado en hallazgos empíricos, de que ciertos códigos o razones se vinculan con tipos de patología o con características de la personalidad. Sin embargo, esta competencia se halla estorbada y limitada si no se deriva de una comprensión del por qué los códigos o razones significan o indican lo que dan a entender que indican. Schachtel (1966) comparó esa situación con la realización de un diagnóstico exclusivamente en base a los síntomas, sin comprender la naturaleza de la conexión entre un síntoma y la condición que usualmente indica. Señaló que sin una comprensión de esa conexión, un diagnosticador no puede saber cómo diferenciar un síntoma superficial de uno que indica una condición particular.

Utilizar el test de Rorschach sin intentar comprender las interrelaciones entre sus elementos constituyentes puede ahorrar tiempo y ser eficiente,

pero también es peligroso. Cuando el examinador se siente cómodo y seguro confiando en un significado fijo de un código basado en la tradición, la autoridad o la investigación, siempre se vuelve mucho más difícil vivenciar nuevamente si este significado realmente es aplicable a la respuesta actual concreta, o si otros significados aún más importantes podrían ser aplicados. Por ejemplo, durante mucho tiempo se ha considerado (y sostenido por la investigación) que la respuesta de espacio blanco indica tendencias negativistas y opositoristas en la personalidad. Empleando un concepto racional desarrollado por Schachtel (1966), yo encontré (1991a) que en un grupo seleccionado de pacientes narcisistas, la respuesta de espacio blanco (en términos de Schachtel, estar sintonizado con espacios blancos o huecos) reflejaba sentimientos subjetivos de vacío y de hoquedad internos, y no solamente negativismo.

Una confianza total en los hallazgos empíricos que excluye la interrelación entre elementos constituyentes del test asimismo corre otro riesgo, a saber, el desarrollo de un lenguaje Rorschach idiosincrático y de una psicología Rorschach relativamente distante de y no integrada con nuestro conocimiento más amplio y general de la psicopatología y de la personalidad. La utilización de ese lenguaje idiosincrático arriesga bloquear una comunicación significativa de los hallazgos del test a psicoterapeutas y otros usuarios de nuestros informes.

Contrastando con otros enfoques psicoanalíticos, una perspectiva experiencial utiliza interrelaciones entre elementos constituyentes del test que están más cerca de la experiencia y conceptos del paciente, y proposiciones más cercanas a la experiencia. El cambio desde el temprano énfasis de Rapaport en los procesos del pensamiento al énfasis de Schachtel en la percepción, ha permitido este enfoque más comprehensivo. Al emplear actitudes experienciales-perceptuales como eslabones de conexión entre los determinantes del Rorschach y las dimensiones significativas de la experiencia psicológica, Schachtel ha proporcionado una manera más cercana a la experiencia de comprender el funcionamiento en el Rorschach.

Un enfoque experiencial contempla el contenido del Rorschach como una fuente de información inmensamente rica y valiosa. Por ejemplo, un inmigrante reciente de Polonia vio en la Lámina II “el techo de una iglesia como la iglesia a la que concurría como niño en mi hogar en Polonia”, mientras que otro inmigrante reciente respondió en la Lámina VI “Una hoja que recuerdo del Vietnam que ha sido comida por algún insecto”. A partir de estas respuestas resulta claro que ciertos contenidos expresan muy directamente algo que posee sentido y significación para el examinado.

A pesar de los abusos y malos usos del pasado, el análisis del contenido puede ser abordado de manera informada y sistemática. Mayman (1977) estableció los cimientos conceptuales para ese enfoque en su cuidadoso y astuto análisis de la respuesta de movimiento humano. Basado en los escritos de teóricos anteriores y en su propia experiencia clínica,

Mayman identificó cinco determinantes de la respuesta de movimiento humano: (1) las propiedades de la mancha de tinta que ayudan a estimular respuestas de movimiento, (2) la fantasía, (3) la kinestesia y su relación con la auto(self)experiencia, (4) las representaciones de objeto, y (5) la empatía y la identificación. Recientemente yo he demostrado (1991a) cómo tres de estos componentes -fantasía, kinestesia y su relación con la auto-experiencia, y representaciones de objeto- asimismo pueden ser aplicados al contenido de respuestas sin movimiento.

Un enfoque experiencial del contenido representa un terreno intermedio entre los que lo han abordado desde el punto de vista del simbolismo y quienes lo han ignorado totalmente. Consiste en un enfoque clínico-intuitivo teóricamente informado de los datos brutos del Rorschach, junto con una disposición favorable a someter las inferencias derivadas a patrones de validez que se ajustan a la situación clínica. Al considerar el contenido no simbólicamente pero más bien, como Mayman (1977) sugirió, como un muestreo del mundo de representaciones del individuo, el examinador puede relacionar el contenido más directamente con la experiencia fenomenológica del paciente, y al mismo tiempo puede derivar inferencias que se hallan más cerca de los datos reales del Rorschach.

Finalmente, una perspectiva experiencial se junta con una visión particular del proceso interpretativo o inferencial. Tanto Schachtel como Mayman han descrito ese proceso como un intento de comprender, reconstruir, y luego obtener un sentido clínico de la experiencia del examinado durante el proceso de ser examinado (con el Rorschach). Este intento de comprender puede estar basado en la observación externa, como, por ejemplo, el comentario de Mayman (1964) sobre el "observar la persona en acción" (p.2). O, como fue elaborado por Kohut (1959/1978), puede estar basado en una posición más interna en la cual el examinador intenta "empatizar" con la experiencia inmediata del paciente. En términos de este último, cómo en una sesión de psicoterapia, el examinador utiliza las producciones del paciente -en este caso la respuesta y las verbalizaciones acompañantes- como punto de partida para sintonizar con el estado subjetivo subyacente. Aquí el examinador pregunta, "Para haber llegado a esta respuesta y dicho estas cosas, qué es lo que el paciente podría haber estado vivenciando en ese momento?". El caso siguiente ilustrará este proceso.

### **Caso de ejemplo**

Pronto después de entrar en el despacho del examinador, el paciente, un soltero de 29 años de edad, afirmó que le habían pasado el Rorschach la semana anterior, pero que se había negado al interrogatorio porque temía que sería igual a su reciente experiencia en un hospital psiquiátrico donde fue diagnosticado como esquizofrénico después de ser testado. En este punto el examinador comprendió empáticamente que el paciente estaba

diciendo que estaba familiarizado con el Rorschach, que podría mostrarse resistente y poco cooperativo por una buena razón, y que se sentía dañado, herido, y desvalorizado por esos poderosos y peligrosos instrumentos (los tests).

El paciente procedió a la Lámina I y respondió, "Podría ser una mariposa aplastada". Al ser interrogado agregó, "Las alas, la parte del medio, pero está achatada. Estas parece como si pudieran haber sido alas, pero ha sido atropellada. Parece distorsionada y las alas como si hubieran sido desgarradas y rotas." Basado en los comentarios iniciales del paciente, el examinador consideró la respuesta como una auto(self)representación en la que el paciente estaba expresando su sentido de sí mismo (self) como habiendo sido dañado, y luego dejado, sintiéndose desgarrado y roto dentro de sí.

Después de esta respuesta el paciente se dirigió al examinador y preguntó, "Debo ver algo diferente?". De acuerdo con el tema en desarrollo de un self herido y dañado, y el testar como un proceso hiriente, el examinador comprendió el comentario como representando el esfuerzo del paciente de colocarlo en la posición de la figura de autoridad exigente y enérgica a quien el paciente podía resistirse o someterse masoquísticamente.

Entonces el paciente ofreció dos respuestas más a la Lámina I. La primera fue "una isla con aguas de lagos". En el interrogatorio elaboró, "Estas son las islas pequeñas rodeando las islas más grandes. Islas más grandes, islas más pequeñas, la parte blanca es un lago tierra adentro". Aparte de las referencias a tamaños (más pequeño, más grande) y la sintonización con los espacios blancos, el examinador consideró las "islas" como una expresión de aislamiento, y luego se preguntó si, en este punto, indicaba la tendencia del paciente a retraerse hacia la soledad en medio de una relación sadomasoquista emergente.

La siguiente respuesta final a esta lámina fue "En el medio se parece a una mujer con un vestido y sus manos están aquí arriba, pero no hay cabeza". Sumado a los importantes aspectos formales de este percepto, la respuesta también fue tomada como una elaboración del tema del self como roto incluyendo la sensación de que faltaban partes. El examinador asimismo comenzó a cuestionar las implicaciones de la sensación del paciente de un self dañado en términos de su identidad sexual.

Estos temas experienciales del sí mismo como roto y dañado, de relaciones como luchas sadomasoquistas hirientes, y de confusión rodeando la sexualidad, recurrieron en todo el test. Por ejemplo, en la Lámina IV el paciente vio "alguien achatado por un camión con remolque. Se parece a alguien que es transexual por los zapatos con tacones y el falo en la parte central. Y hay brazos aquí arriba pero no hay manos". Entremezclados con estos temas estaba el retraimiento periódico hacia un aislamiento autoprotector y autoimpuesto, ejemplificado por su percepto, también en la Lámina IV, de "una concha marina, abajo en el fondo".

Un enfoque experiencial de la interpretación, entonces, involucra la sintonización empática del examinador con la conducta total del paciente durante el test y el uso consiguiente de esa sintonización para comprender y reconstruir los significados de esa conducta en términos de la experiencia continúa del paciente. Como los abordajes psicoanalíticos más tempranos y como los abordajes empíricos, el Rorschach puede ser utilizado por el examinador para inferir las estructuras más básicas y duraderas en la personalidad, de la conducta del paciente; sin embargo, el enfoque experiencial considera la experiencia fenomenológica del paciente como un aspecto vital de la evaluación.

## Conclusión

Ni la teoría psicoanalítica ni la teoría del test de Rorschach es un cuerpo de conocimientos estacionario. Más bien, ambos están en constante evolución. La teoría psicoanalítica ha cambiado desde un interés temprano en los instintos y sus vicisitudes a un énfasis más reciente en el self y en las relaciones objetales. También se ha alejado de una metapsicología distante de la experiencia y hacia una teoría clínica cercana a la experiencia. Cambios en el uso y en la teoría Rorschach han seguido un camino paralelo a estos cambios en la teoría de la personalidad. Como consecuencia, yo creo que estamos moviéndonos y deberíamos movernos hacia una teoría Rorschach más psicoanalítica experiencial.

## REFERENCIAS

- ARNOW, D., & COOPER, S. (1988). Toward a Rorschach psychology of the self. En H. D. Lerner & P. M. Lerner (Eds.), *Primitive mental states and the Rorschach* (pp. 53-68). Madison, CT: International Universities Press.
- BLATT, S. J., & LERNER, H. D. (1983). The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment*, 47, 7-28.
- EXNER, J. E. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system*. (Vol. 1) New York: Wiley.
- GILL, M. M. (Ed.). (1967). *The collected papers of David Rapaport*. New York: Basic Books.
- HOLT, R. (1970). *Manual for the scoring of primary process manifestations and their controls in Rorschach responses*. New York: Research center for mental Health.
- KOHUT, H. (1978). Introspection, empathy and psychoanalysis. En P. H. Ornstein (Ed.), *The search for the self: Selected writings of H. Kohut: 1950-1978* (Vol. 1, pp. 205-232). Madison, CT: International Universities Press. (Obra original publicada en 1959).
- LERNER, H. D., & LERNER, P. M. (1988). *Primitive mental states and the Rorschach*. Madison, CT: International Universities Press.
- LERNER, P. M. (1991a). The analysis of content revisited. *Journal of Personality Assessment*, 56, 145-157.

- LERNER, P. M. (1991b). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- MAHLER, M.S., PINE, F., & BERGMAN, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- MAYMAN, M. (1963). Psychoanalytic study of self-organization with psychological tests. En B. T. Wingdor (Ed.), *Recent advances in the study of behavior change: Proceedings of the Academic Assembly on Clinical Psychology* (pp.97-117). Montreal: McGill University Press.
- MAYMAN, M. (1964). *Some general propositions implicit in the clinical application of psychological tests*. Manuscrito no publicado, The Menninger Foundation, Topeka, KS.
- MAYMAN, M. (1967). Object-representations and object-relationships in Rorschach responses, *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 31 (4), 17-24.
- MAYMAN, M. (1977). A multidimensional view of the Rorschach movement response. En M. A. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach Psychology* (2da.ed., pp.229-250). Huntington, NY: Krieger.
- MICHAELS, M. (1983, Febrero). (Visión general del programa). Presentada en un simposio sobre "Distorsiones del Desarrollo de la Personalidad y su Manejo" en la reunión del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Toronto, Toronto, Ontario.
- ORNSTEIN, P. H., & ORNSTEIN, A. (1980, Abril 12). *Self psychology and the process of regression*. Trabajo presentado en la reunión de la Toronto Psychoanalytical Society, Toronto, Ontario.
- RAPAPORT, D., GILL, M. M., & SCHAFER, R. (1945-1946). *Diagnostic psychological testing: The theory, statistical evaluation, and diagnostic application of a battery of tests* (Vols. 1-2). Chicago: Year Book.
- SCHACHTEL, E. G. (1966). *Experiential foundations of Rorschach's test*. New York: Basic Books.
- SCHAFER, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing: Theory and applications*. New York:
- SUGARMAN, A. (1985). *The nature of clinical assessment*. Manuscrito sin publicar, San Diego, CA.
- SUGARMAN, A. (1991). Where's the beef? Putting personality back into personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 56, 130- 144.

Dirección:  
 PAUL M. LERNER  
 445 Biltmore Avenue # 503  
 Asherville, NC 28801, U. S. A.



## Casos clínicos

---

Es de esperar que la inauguración de esta nueva sección sirva de aliciente para futuros contribuyentes a nuestra Revista, abriendo un espacio para la comunicación de experiencias y de intercambios que pudieran resultar fructíferas, tanto a nivel técnico e interpretativo como clínico y teórico.

### **Donald Meltzer en Barcelona: Transcripción de la sesión de trabajo de la Sociedad Catalana del Rorschach y Métodos Projectivos, Octubre de 1990.**

**Terapeuta (T):** Presentaré el caso de un paciente que llegó en un estado de desesperación, aquejado de fuerte angustia, ideas paranoides y pidiendo tratamiento analítico. Me había sido derivado por un psicólogo que me comentó algunos datos del Rorschach y me consultó sobre la posibilidad de hacer simultáneamente un tratamiento psicoterapéutico y una valoración a través de nuevos tests anuales.

Es un hombre de unos treinta años, de aspecto cuidado, que se expresa de un modo muy correcto y educado. Es universitario y desempeña un cargo de responsabilidad en una empresa.

El cuadro desencadenante se precipitó a partir de la ruptura de una relación homosexual con un amigo que está casado, que tiene dos hijos y que comparte con el paciente actividades en la misma esfera profesional. A partir de entonces siente mucha ansiedad, ahogos y vértigos muy intensos y que se exacerban frente a situaciones en las que siente que alguien puede haberse dado cuenta de su relación homosexual. Las ideas autorreferenciales se han hecho cada vez más frecuentes y piensa que hablan de él, cada vez que se hace referencia a la homosexualidad.

Se ha ido replegando sobre sí mismo, evitando relaciones y en ese momento teme que le perjudique irreversiblemente en su vida laboral y cuestione todo su futuro.

**Meltzer (M):** El amigo con el que ha roto, ¿va a chafardear sobre todo esto?. Parece que esto le preocupa.

**T:** No está claro.

**M:** ¿Se separaron de una forma poco amistosa?.

**T:** No, no parece.

**M:** Bien, prosiga por favor.

**T:** De su historia personal destaca el haber quedado huérfano de padre y madre antes de los seis años. Los padres se habían separado siendo él muy pequeño y fallecieron con pocos meses de diferencia a consecuencia de cáncer. El paciente junto con un hermano mayor, al parecer psicótico,

quedaron al cuidado de familiares, hasta que por razones económicas fueron enviados a una institución. En ella permanecieron mientras duró la formación escolar.

Con aparente frialdad dice que no recuerda haber llorado por la muerte de sus padres pero en cambio reconoce haber sacado provecho de su condición de “huerfanito”, comentario que se acompaña de cierto sarcasmo. En la institución pronto tomó el papel de líder, debido a su clara inteligencia y a su buena dedicación a los estudios, ganando la consideración de sus profesores. Ampliaba esta condición de líder introduciendo literatura pornográfica y más tarde otras igualmente prohibidas.

Pronto desarrolló relaciones de fuerte rivalidad con compañeros con juegos sexuales y conductas de tipo sadomasoquista acompañadas de sentimientos voluptuosos. A partir de entonces sus relaciones han sido siempre fugaces, promiscuas y con marcados rasgos de violencia. En su conducta sexual predominan las caricias y felacio, raramente la penetración. Nunca ha logrado mantener relaciones afectivamente estables.

Hay un agudo contraste entre su vida profesional, su nivel intelectual, su fina sensibilidad y el desorden afectivo emocional, los trastornos del pensamiento, las ideas delirantes y el estado de ansiedad que en algún momento hizo necesario la administración de neurolépticos.

Se comenzó con una psicoterapia cara a cara con una frecuencia de tres veces por semana que actualmente lleva seis años. En una primera época el tratamiento se desarrolló en un clima de tensión, desconfianza y recelo, pero al mismo tiempo con muchas esperanzas de encontrar contención y ayuda.

Se quejaba del clima de violencia y rivalidad en el trabajo, relaciones muy ambivalentes con sus compañeros. En su casa no podía permanecer solo y cuando la angustia era excesiva iba a casa de un matrimonio amigo a quienes les pedía que le protegieran, permitiéndole dormir, como un niño, en medio de la pareja.

**M:** Su sexualidad es claramente perversa, la homosexualidad no tiene relación en este caso con aspectos femeninos sino con el sadomasoquismo. Su sistema es dividir, separar a las personas y jugar a uno contra el otro. Está entregado a la causa de ser alguien que forma líos, que arma follones.

El chiste que podríamos hacer sería que, habiendo asesinado a sus padres, pidió la clemencia de la Corte como “pobre huerfanito”. Esta situación da lugar a la ansiedad persecutoria, ansiedad de ser descubierto en todos sus manejos y que las dos partes separadas se junten y le ataquen.

Esto plantea una pregunta, ¿en qué mundo vive el paciente? ¿en qué mundo está sucediendo todo este juego sádico, perverso, delincencial y torturador?

Casi todos los niños que han crecido en instituciones viven en un

estado de identificación proyectiva. El trato con esta pareja en la cual se refugia y pide dormir entre ellos, expresa que además de separarlos, quiere meterse entre ellos y participar en sus relaciones sexuales y sus fantasías.

La fantasía central en este tipo de homosexualidad con prácticas orales, es la de impedir que el semen salga y fertilice a la mujer. Éste es muy diferente de aquellos homosexuales en los que predominarían las relaciones anales. En ese caso el interés está centrado en reactivar un coito brutal entre los padres que mata a los bebés. Este paciente está mucho más identificado con lo proyectivo, lo que se pone fuera. En la homosexualidad de predominancia anal, están más identificados con la parte identificatoria de la identificación proyectiva.

**T:** Al estar más identificado con lo proyectivo da lugar a las ansiedades claustrofóbicas...

**M:** Es por esto que las ansiedades que va presentando este paciente a lo largo de las entrevistas son esencialmente claustrofóbicas. La fantasía es que el sujeto está dentro de la madre chupando el pene del padre, haciéndole daño en los testículos y malversando el semen.

Es importante el hecho que haya mantenido en secreto su homosexualidad de cara a la familia. Puede mantener al padre y a la madre en el secreto de esta actitud.

Es difícil tratar a este paciente ya que es muy difícil sacarle de la identificación proyectiva. Es muy parecido al caso de familias que adoptan niños que han estado viviendo mucho tiempo en instituciones y tratan de introducirles en una vida familiar. La dificultad está en que son incapaces de sinceridad, pueden decir francas mentiras, pseudomentiras, medio-verdades, incluso pueden decir la verdad para que no sea creída, pero en general siempre son incapaces de ser sinceros. Por ejemplo, este asunto de ir a casa del matrimonio para meterse con ellos en la cama. Probablemente a la pareja solo les contó la mitad de la verdad en cuanto a su ansiedad persecutoria para poder entrar en esta posición y realizar sus fantasías infantiles. De forma similar, el hecho de que venga a la terapia por estos ataques paranoides es solamente la mitad de la verdad. Prosiga, por favor.

**T:** Los temas de sus ideas en esa época tenían que ver con la homosexualidad o con comentarios que escuchaba por la calle de sus ideas políticas, posibilidad que le vincularan con grupos terroristas con los que nunca ha estado vinculado en la realidad...Siente la compulsión de vigilar matrículas de coches que podrían seguirle, a veces de forma intensa. Todo esto se acompañaba de mucha angustia, que a veces calmaba con ingestas moderadas de alcohol. Poco a poco la ansiedad fue cediendo con el tratamiento.

**M:** Una cosa que es muy importante recordar con este tipo de pacientes es que siempre tienen una explicación para todo lo que hacen. No es que él beba demasiado sino que tiene que beber por tal y cual cosa. Prosiga por favor.

**T:** Cuando la ansiedad fue cediendo, empezaron a aparecer rasgos de agresividad que al principio le asombraban. Su mal humor y agresividad aumentaba si había algún día festivo que le hacía perder una sesión o cuando se acercaban las vacaciones. El descubrimiento de la agresividad y la rabia cubrió un largo período de su tratamiento, mientras iban apareciendo recuerdos infantiles. Llegó a emocionarse por primera vez ante el recuerdo de la muerte de sus padres. Al mismo tiempo fue abandonando los ambientes homosexuales, si bien ya antes del inicio del tratamiento no había tenido mas relaciones sexuales de ningún tipo, limitándose a la masturbación.

Un par de años después del inicio de la terapia, surgió el temor de que podía ser portador del virus del Sida. Fue un período de mucha ansiedad en la que me planteó el problema de si yo aceptaba seguir con el tratamiento a pesar de la sospecha. Se sometió a repetidos análisis, todos negativos. A pesar de ello ha mantenido la idea para justificarse de la negación de mantener ningún tipo de relación.

**M:** De alguna forma él hace algún tipo de actuación en la que él no tiene ninguna relación emocional directa con Ud. En cierto sentido él se ve portador de unos virus mentales, en su omnipotencia teme que le podría infectar y esto daría como resultado que le podría asesinar.

Puesto que los padres murieron de cáncer cuando él era muy pequeño, dentro del mito familiar del Sida, el cáncer y la enfermedad mental probablemente estén muy confundidos. Vendría a ser casi lo mismo para él en cuanto a su significado emocional. Si él le infecta a Ud. con estas ideas delirantes, Ud. le va a dar cáncer a él, a modo de venganza. Prosiga por favor.

**T:** Por dos veces durante el tratamiento ha iniciado relaciones de amistad con mujeres. Sus conversaciones son sobre temas políticos, filosóficos, literarios pero siente pánico de una aproximación afectiva. Cuando alguna vez se ha planteado la posibilidad de tener relaciones sexuales con alguna de ellas lo niega, argumentando, sin estar convencido, que podría ser portador del virus del Sida.

He traído un trozo de material de aquella época, unos dos años después del inicio del tratamiento. Este trozo de material muestra el tipo de relación y fantasías que predominaban en aquella época.

**Paciente (P):** Soñaba que miraba una película en la televisión en la que un hombre seguía a una mujer por la calle. Al principio parecía que la perseguía pero luego parece un juego de seducción. La mujer finalmente entra en su casa y el hombre junto con ella. La escena siguiente es en el interior de la casa de la mujer, es un salón y ellos se miran mientras el hombre, lentamente, se desabrocha los botones de las mangas de su camisa y las levanta, quedándose los antebrazos al descubierto.

**T:** Esta escena le resulta muy excitante por lo que el paciente en el sueño decide masturbarse, pero no lograba encontrar una fantasía satisfactoria.

**P:** Primero pensaba en un pecho, pero para que fuera excitante debía salir leche, cosa que no lograba.

**M:** Tenemos este sueño del hombre que miraba la televisión. Luego hay este deseo de masturbarse pero no podía pensar en ninguna fantasía, pero realmente lo que le excitaba era lo que veía en la televisión. Todo este asunto de remangarse podría ser una fantasía de tipo sádico, quizás se remangaba para dar golpes a la mujer.

La segunda parte del sueño, el intento de masturbación, es como un intento de negar lo que le había excitado. Vuelve a su forma original de darse satisfacción, malgastar el semen. Lo que realmente le excitó fue la idea de este hombre que vió por la televisión que podía apalearse a la mujer.

Este sueño nos enseña algo muy importante acerca de la fantasía de este hombre, que consiste en que el hombre que pega a su mujer sería por una venganza del pecho que no da leche y el pezón se convertiría en un pene que entra en la mujer como un ataque sádico, como pegándola. Tenemos la confusión pene-pezones. Aquí tenemos una indicación importante de los orígenes de su sadismo, que tendrían que ver con el bebé hambriento que no recibe la leche y que piensa que la madre está dando leche a otro bebé que está dentro de su cuerpo. Él tiene la idea de buscar venganza en el bebé o en la madre, apaleándolos o bien negando a este bebé que está dentro del cuerpo de la madre su comida que está dentro del pene del padre.

El sadomasoquismo siempre tiene que ver con lo que hay dentro del cuerpo de la madre. Tenemos la evidencia en este caso de una enfermedad basada en una privación infantil. Prosiga por favor.

**T:** Después de relatar el sueño él recuerda relaciones que había tenido con hombres jóvenes a los que obligaba a permanecer absolutamente inmóviles mientras los acariciaba. Sólo podía eyacular si sentía el aliento de su pareja. También asocia con la excitación que le produce cuando va a tomar un café y encuentra un camarero con camisa de verano, algo abierta, que le permite ver el pecho. Habla del placer que le da el pecho firme de los hombres y el sentimiento de repugnancia que tiene hacia los pechos y las carnes flácidas de las mujeres.

Era una época en que vivía con mucha ansiedad cualquiera de mis intervenciones y por ese motivo yo le señalé su deseo de que yo estuviera completamente inmóvil sin que saliera de mi ningún pensamiento. Pero esto lo desanimaba y lo llenaba de culpa y necesitaba entonces comprobar que yo estaba vivo, que tenía aliento para continuar y poderle decir algo productivo. Su reacción fue de un silencio reflexivo, asintiendo con la cabeza y visiblemente emocionado hasta que se le llenaron los ojos de lágrimas. Poco después terminó esa sesión.

**M:** Por un lado Ud. es el padre que podría descubrir lo que él ha estado haciendo y por otro lado es el bebé que está dentro y que él está masturbando o matando o reduciendo a ser sin vida.

Esta sería también la posición del masoquista en la relación sadomasoquista. Por un lado es una víctima en el sentido de la madre cuyo bebé está siendo pegado y a la vez es el bebé que está siendo pegado. Es una situación más complicada que la del sádico. Él sería fundamentalmente un perverso masturbador que luego se socializó, pero al que no se le podría llamar un perverso social. Es por esta razón que dejó tan rápidamente sus prácticas sexuales.

**T:** En estos años su ansiedad ha disminuído mucho y sus ideas persecutorias han desaparecido. Ha ido consolidando su papel en la empresa y ha obtenido numerosos éxitos y reconocimientos profesionales.

También se ha dedicado a diversas tareas de interés social con creciente protagonismo y responsabilidad. Se ha alejado totalmente de sus relaciones homosexuales y mantiene un cierto núcleo de amistades estables. Mantiene también una relación estable de amistad con una mujer en la que evita cualquier acercamiento afectivo.

**M:** Aquí ha hecho una interpretación bastante importante. Me refiero a la interpretación acerca de los hombres que han de estar inmóviles. Lo que realmente ha interpretado es que él estaba muy ocupado actuando en la transferencia, actuando su perversión con Ud. y sin poder utilizar las interpretaciones. Esta interpretación ha podido quizás traerlo un poco a poder pensar. Probablemente sea en este punto del análisis en el que él salió de la identificación proyectiva y pudo empezar a trabajar, cooperar, traer material y elaborar ese material en vez de actuar su perversión.

Cuando el paciente empieza a trabajar y salir de la identificación proyectiva, cuando se mira hacia atrás el material, uno puede ver muy bien cuanta falta de cooperación había por parte del paciente, cuanta insinceridad había y que lo que se estaba haciendo era describirle su forma de vida, lo terrible y persecutoria que era. Es precisamente esta ansiedad persecutoria que le obliga a emerger de la identificación proyectiva y entrar en un contacto sincero con el terapeuta. Esto pasó dos años después de iniciar el análisis, lo cual es el tiempo usual que un paciente suele emplear para salir de la identificación proyectiva.

La parte de la personalidad del paciente que vive en identificación proyectiva se podía definir como una psicosis borderline. Mientras esto domine, el paciente es incapaz de tener una comunicación sincera y es incapaz también de poder escuchar lo que el terapeuta le pueda decir sinceramente. Cuando el paciente, o por lo menos una parte de su personalidad, está viviendo en identificación proyectiva, no se puede saber qué tipo de persona es. Cuando sale de la identificación proyectiva es cuando se pueden describir partes de la personalidad que no estaban viviendo en identificación proyectiva.

No siempre el terapeuta va a estar contento o satisfecho con esta personalidad que sale cuando el paciente emerge de la identificación proyectiva. Pero de todas maneras suele resultar bastante más desagrada-

ble cuando está dentro de la identificación proyectiva. Prosiga, por favor.

**T:** Ahora traigo una sesión actual.

**M:** ¿Cuatro años después de aquella interpretación?

**T:** Sí. También llevaba cuatro Rorschach, pero decidimos no continuar con esto porque le provocaba muchísima ansiedad responder a los tests.

Se propone leer los resultados del primer Rorschach pero el Dr. Meltzer sugiere seguir con el material clínico de la sesión.

**T:** Esta sesión es después de las vacaciones de Navidad.

**P:** He pasado las fiestas trabajando y todo ha ido bien. Todos estaban contentos y satisfechos con mi trabajo. He logrado montar las máquinas y aprovechar este tiempo para dejarlo todo a punto. Me preocupó mucho de que todo salga bien pero la única dificultad está en que no tengo condiciones de mando, no sirvo para organizar a la gente que trabaja. Me cabreo mucho y entonces todo puede ser un desastre, el problema son las relaciones con los jefes, especialmente con K, que es un individuo muy competitivo, hace todo lo posible por someterme, lo que yo no puedo aceptar. K viene a aprender de mí, pero no lo quiere reconocer. Pero bueno, en definitiva las cosas me han ido bien y me han felicitado (lo dice con un gesto de fastidio).

**T:** Parece fastidiado por la felicitación.

**P:** Sí, efectivamente. Es que no me alcanzan las felicitaciones y tengo que sentir las una y otra vez. Tanto esfuerzo en que me feliciten termina agotándome. Además, al mismo tiempo que hago este esfuerzo, tengo la necesidad de estar peleándome con alguien como K.

**M:** Aquí tenemos por un lado que tiene mucha dificultad en mandar a los trabajadores que están trabajando bajo sus órdenes, pero por el otro le molestan mucho los que están por encima de él. Él está en el medio. Entonces, todavía se halla en esa fantasía original infantil, pero de una forma más reparadora. Todavía está entre sus padre, pero está intentando hacer que el pene de su padre funcione bien. Por lo tanto no está totalmente fuera de la identificación proyectiva.

En momentos de estrés acude de nuevo a su omnipotencia y entra otra vez dentro de la identificación proyectiva, teniendo otra vez la misma fantasía, pero esta vez no es perversa, es reparadora. De todas formas todavía es una fantasía infantil. Esto tiene que ver con su falta de sexualidad, esto es, su sexualidad como antes lo eran sus perversiones. Es una omnipotencia todavía infantil, pero reparadora.

Por otra parte es importante lo que nos dice acerca de no recibir nunca suficientes felicitaciones. Las felicitaciones nunca le pueden satisfacer del todo porque para ello le tendrían que adorar literalmente. Él se queda en la inseguridad de si está haciendo algo constructivo o destructivo y nunca puede recibir suficientes felicitaciones. De todas maneras, vemos que estos intentos reparadores, aparte de inscribirse en la omnipotencia, tienen

todavía algo de su antigua perversidad o perversión cuando, por ejemplo, tiene estos enfados con sus inferiores.

Después de seis años, todavía tiene dificultades en la estabilidad de su vida fuera de la identificación proyectiva. En cualquier momento de estrés entra de nuevo en la identificación proyectiva y se vuelve omnipotente otra vez, con las consecuencias que todo esto acarrea.

Entre los superiores y los inferiores tenemos también el creer inferiores a las mujeres, ellas son los trabajadores inferiores. Su admiración está todavía en los hombres, en los músculos..., es una admiración coloreada por el sadismo. Cuando hace el dibujo del muñeco es como el despertar del sentido estético, es el artista que despierta.

**P:** Habla que una amiga le invitó para la cena de Nochevieja, “esa idea me inquietó porque habría más gente que podría pensar que somos pareja. Además a media noche la gente acostumbra a brindar y darse un beso y eso me ponía muy nervioso. Finalmente fuí, en años anteriores yo esperaba las campanadas en mi casa, solo, bebía el champagne llorando y cuando las huellas del llanto se me habían borrado salía a dar una vuelta. Este año fue distinto, aún recuerdo un sueño de la noche: veía humo en el cielo y veía que salían llamas de las casas del pueblo, pensaba que podía ser mi casa pero cuando me acercaba me daba cuenta de que no, era la de al lado. Yo tenía miedo que las llamas se extendieran y arrasaran todo el pueblo. Me ponía a chillar llamando a los vecinos. Luego estaba con mi amiga contemplando una perspectiva de la ciudad y también se veía el incendio”.

**M:** Yo interpretaría un sueño de este tipo relacionándolo con sentimientos pasionales, un temor de ser consumido por sentimientos pasionales.

**T:** Yo le señalé que ha ido acercándose a sus sentimientos y a su calidez pero que entonces teme que todo se incendie, que no lo pueda controlar y que termine destruyendo todo.

**P:** Me dice que sí con la cabeza y se queda en silencio, pensativo, hasta que dice “sí, ese debe ser el temor”. Sigue un rato en silencio hasta que se le esboza una sonrisa nerviosa, está un poco incómodo y se mueve en la butaca. Finalmente dice “Me he acordado de un chiste que escuché en el bar, pero bueno, este no es un lugar para contar chistes”. Permanece en silencio pero no puede controlar su risa nerviosa hasta que decide hacer el relato para disculparse “Es que no sé por qué me he acordado de este chiste, pero bueno...el chiste es que un chico se despierta en su cama con una tremenda erección y empieza a llamar a gritos: “¡Carmen!, ¡que venga Carmen!” pero ella no viene, el chico insiste hasta que Carmen aparece, el chico le muestra su erección y le dice: “Mira Carmen lo que te pierdes por ser mi madre...””.

**T:** Yo sentía que más allá del humor del chiste, me estaba diciendo algo que le producía nerviosismo y le dije que él había asociado el incendio afectivo con un pene en erección y que había utilizado la atmósfera relajada del chiste para hablarme de su profunda preocupación por no encontrar algo



**M:** ¿Qué distinciones haría entre psicoterapia y psicoanálisis?

**Ps:** Bueno, yo no haría tanta distinción. Cuando decía esto me refería más a opiniones que hay en Barcelona.

En segundo lugar, el paciente pasa de su marcada pasividad tanto conductual como ideacional y una fuerte restricción y rigidez cognitiva y defensiva, a un enriquecimiento general que le lleva a un mejor acceso a sus recursos. La ineptitud general cede en el cuarto año, en el cuarto Rorschach.

En tercer lugar disminuyen, un poco, los trastornos del pensamiento, el aspecto psicótico, y cede por completo la preocupación por lo sexual. Los esfuerzos organizativos se hacen más equilibrados, más económicos y mucho menos frustrantes por inalcanzables (al inicio, sus aspiraciones eran inalcanzables).

En lo afectivo se normaliza la necesidad de cercanía dependiente y el interés más real y desarrollado en las personas y en las relaciones interpersonales. Es interesante observar la evolución en los contenidos por ejemplo en las Láminas I, VII y X. Hay que señalar que el control emocional es aún excesivamente rígido y cauteloso.

Por los resultados, queda apuntada una organización fundamentalmente depresiva en una personalidad con rasgos obsesivos y paranoides, con especial recurso a la intelectualización y con grandes problemas de identidad.

En el tercer Rorschach, momento de máxima depresión, aparecía especialmente perseguido.

La impresión general es de una evolución muy positiva que creemos que era difícilmente previsible a partir del primer Rorschach, debido especialmente a lo fosilizado en él y que encubría otras posibilidades que luego fueron surgiendo, en particular la capacidad de pensar.

Los asistentes en la sala preguntan si pueden plantear dudas y así lo hacen. La primera duda surge a partir de lo que se ve y se evalúa en el primer Rorschach de cara al pronóstico de un paciente en tratamiento.

**M:** Yo creo que no es tanto la cuestión de ver o no aspectos en el primer Rorschach sino en cómo se evalúan.

**Ps:** Esto es muy interesante, porque en la sección cuarta donde planteamos lo de las partes muertas, arruinadas y fosilizadas y se plantea la duda de si es una personalidad depresiva, Meltzer piensa que la cuestión era si se trataba de una ansiedad depresiva o era una enfermedad depresiva...y esa era también nuestra duda. Él agrega que no es el yo de él que está muerto y fosilizado, sino que son sus objetos.

**M:** Cuando uno está en identificación proyectiva con una madre interna siempre se la ve como rígida, muchas veces representada por edificios y construcciones de tipo monolítico, incapaces de cambios, de movimientos. Esto es muy diferente de la enfermedad depresiva donde se ve una identificación hipocondríaca con un objeto sin vida, un objeto muerto. Yo tengo la sensación de que en este paciente, a partir del material muy temprano en el análisis, hay un núcleo de ansiedad depresiva.

La enfermedad depresiva es bastante difícil, porque hay una intensa identificación con este objeto muerto, sin vida. Cuando el objeto cobra vida aparece el aspecto maniaco y no tienen la ansiedad claustrofóbica que les puede permitir salir.

La estrategia que se podría utilizar para sacar a un paciente de la identificación proyectiva sería atraer su atención a este aspecto claustrofóbico y “fastidiarle” el placer que podría sentir en su identificación maniaca. Es como criar a los niños, en el sentido de intentar desalentarles en su omnipotencia y hacerles ver lo atrapados que llegan a estar en sus actuaciones antisociales.

Surge otra duda acerca de la “pasividad” del paciente.

**M:** Puedo entender cómo esta tendencia de involucrarse siempre en el medio podría hacerle parecer pasivo, pero su forma de meterse en el medio no tiene nada de pasivo, justamente está produciendo los cortes, las escisiones.

**Ps:** Quizás deberíamos explicar lo que entendemos en el Rorschach por “pasivo”. Pasivo en el sentido de que una persona puede pensar muchísimo, puede ser muy activa en cuanto a producir ideas y planificar situaciones, pero no precisamente activa en decidir llevarlas a término, esperaría a que otras personas fueran realizando lo que ha estado pensando.

**M:** Es una forma muy diferente de entender la pasividad. Yo cuando hablo de pasividad me refiero a conceptos estructurales de la personalidad, pienso en deseo hacia el objeto o más bien en el deseo de ser objeto del deseo de los demás. No es tanto una cuestión de omnipotencia sino de vanidad. En realidad una persona pasiva puede ser muy activa en su conducta si va en interés de su propia vanidad.

**Ps:** Me gustaría hacer una última pregunta que no tiene que ver directamente con el paciente. Me gustaría que ampliara un poco más la idea que ha expresado antes sobre “los niños de instituciones que viven en identificación proyectiva”.

**M:** El mundo de la identificación proyectiva es básicamente un claustro. Es como una trampa de la que no se sabe cómo salir. La atmósfera es la de un despotismo benevolente, en el mejor de los casos, y los valores quedan limitados a sobrevivir. Las relaciones humanas no son sinceras en sus comunicaciones porque se está demasiado preocupado por sobrevivir. Un buen internado y un campo de concentración serían dos extremos de lo mismo, las relaciones humanas tienen el mismo tipo de característica, la insinceridad.

La gran ansiedad de vivir en identificación proyectiva es el terror de ser echado, mientras que la esperanza es de poder salir, que se les libere. A veces hay niños que tienen tal confusión entre estos dos sentimientos, que calculan y se las ingenian casi para hacerse echar. Bien, muchas gracias a todos, hoy lo dejaríamos aquí.

## ANEXO A: Primer protocolo del paciente.

### Primer Rorschach

I

1. Una radiografía de un tórax.

E: RRS. (WS)

S: Inmediatamente el color gris, el fondo blanco. Y esta zona central me sugiere la columna vertebral y costillas.

2. Un murciélago. (W)

E: RRS.

S: Luego, la simetría del dibujo me ha sugerido un murciélago con las alas desplegadas. Un murciélago extraño, sin cabeza, pero que en la parte superior está escindido; donde tendría que ir el cuello y la cabeza es una vulva.

E: No estoy seguro qué quiere decir con desplegadas.

S: Abiertas, el perfil de las alas abiertas.

3. Un fósil, de un pájaro raro.

E: RRS. (W)

S: ¿Lo dije?, no recuerdo, me es más difícil en este momento, no lo veo. ¿He de hablar de murciélagos?

E: No es necesario. Desearía que probara a encontrar el fósil del que habló.

S: Fue una impresión general. Puede serlo.

E: No estoy seguro de qué le hace pensar en fósil.

S: Tal vez es que es como una radiografía; los restos grabados en una piedra es algo parecido a una radiografía.

II

4. De entrada me parece una vértebra, una médula cortada. Me es difícil establecer más

E: RRS.

S: También, esto es el centro, el espacio vacío que ocupa la médula y esto la silueta, y esto (D4) la epífisis de la vértebra.

5. La mancha roja de abajo me sugiere una mariposa. (D3)

E: RRS.

S: Esto serían las alas, y esto las prolongaciones de las alas de algunas mariposas.

6. Las dos manchas de arriba me sugieren dos imágenes simétricas, una especie de estatuas de un animal sin cabeza (D2).

E: RRS.

S: Eso es, de estatuas de algunas puertas de ruinas de algún templo, de la entrada de las ruinas de un templo dañadas por los años, erosionadas por el tiempo, rotas.

### III

7. De entrada me sugiere cierto abdomen femenino. La parte inferior me sugiere la vulva de ese abdomen. (DdS99)

8. Las partes inferiores centrales de las manchas rojas hay unas prolongaciones que me sugieren prepucios. (Dd99)

9. Y la mancha roja, de entrada una pajarita. (D3)

### IV

10. Me es difícil escaparme de radiografía, vista por detrás, del torso. (W)

11. También la silueta de un extraño personaje con una capa, visto en una curiosa perspectiva (W).

E: No sé qué hay ahí que le hace pensar en erosionadas, rotas.

S: No se distingue la cabeza como algo terminado, sino como erosionado o roto.

AD.1. Ahora las manchas rojas las asocio con la sangre.

E: RRS.

S: La silueta esta me sugiere la cintura ("espaldas" de los D1), esto el abdomen (S entre D3 y D7) y esto la vulva (extremo inferior del D8).

E: RRS.

S: Esta zona de aquí me sugiere un prepucio y los testículos en la parte de abajo.

E: RRS.

S: Una pajarita.

E: Desearía que me lo explicara más.

S: Me sugiere una pajarita, es la más figurativa.

AD.2. La combinación entre la mancha roja y el abdomen me han recordado una fotografía de una revista de un artista desnudo travestido y con poses femeninas. Me parece que la pajarita también era roja. El conjunto me sugiere eso.

E: RRS.

S: Esto sería la columna vertebral y lo demás quedaría indefinido, como la zona inferior, ¿cómo le llaman?, la zona dorsal.

E: ¿Qué hay ahí que le ha hecho pensar en radiografía?.

S: La mancha central que es una columna y el color.

E: RRS.

S: Esto sería la silueta de los pies, en perspectiva quiere decir que estaría tomado con los pies más adelantados y la cabeza para atrás. Esto me ha sugerido el cuello de la capa. Y como en el mur-

## V

12. Una especie de conejo con alas visto por detrás. (W)

ciélago de antes, no habría cabeza, sino una vulva.

E: RRS.

S: La zona esta de aquí me sugiere como una cabeza de conejo; sería una sombra chinesca, de esas que se consiguen a contraluz con los dedos. Me ha sugerido la cabeza y las patas de un conejo, vista por detrás.

E: Ud. también ha hablado de alas, ha dicho un conejo con alas.

S: Las extremidades superiores me parecen abiertas y cubiertas por membrana como las alas de murciélagos.

E: No estoy seguro de qué hay ahí que le ha hecho pensar en sombra chinesca.

S: La mancha en sí. En las sombras chinescas lo más frecuente es un conejo, y la combinación blanco y negro de la mancha lo hace similar a lo que se consigue poniendo los dedos encima de una pantalla.

## VI

13. Una mezcla de gato e insecto, de insecto con cabeza de gato, surgiendo... (Dd99: zona central más clara).

E: RRS.

S: Esto me parece un insecto y los bigotes y estas manchas que podían ser los ojos me sugieren el gato.

E: Ud. añadió "surgiendo...", no sé a qué se refería.

S: ¿Lo he dicho?. Pero no me parece que salga del ano. Es imposible. He debido pensar en otra cosa. No puedo acordarme qué.

E: RRS.

S: Esta de aquí, y esto de arriba, por estar aquí situado, podría ser el agujero del ano (Dd32).

E: No estoy seguro de qué hay ahí que le ha hecho pensar en esto como incisión.

S: Esta incisión está claramente de-

14. La incisión que hay en medio me parece la que hay entre los glúteos.

finida y la separación entre glúteos está muy claramente definida. Hay una radical definición.

S: ¿He de mirarla siempre en esta posición?

E: Puede hacerlo como desee.

S: En general, en la intersección de la figura simétrica, siempre me sugiere las intersecciones de la anatomía humana, en todas.

## VII

15. En ésta, en el extremo superior derecho e izquierdo, me sugiere como una especie de alas de águila.

E: RRS.

S: Sólo este trozo. Es la lámina en que más me ha costado establecer la asociación.

E: Desearía que me lo explicara más para poder verlo como Vd.

S: Sólo esta zona.

E: Me temo que no acabo de verlo.

S: Bueno, sería un águila con las alas abiertas, pero sin cuerpo, sólo las alas. Al principio me sugirió algo del cielo, como nubes, y pensé en las alas de un águila.

E: RRS.

16. En las centrales me sugieren un poco de un rostro de un cerdo. (D3)

S: Esto me parece el ojo, el hocico. Sólo este fragmento.

## VIII

17. En el centro del dibujo, un poco cubierto por las manchas, me sugiere el esqueleto de un fósil. (D3)

E: RRS.

S: Estas manchas de aquí (D3) me sugieren las vértebras tal como quedan grabadas en las rocas, puede ser de un pez o un pájaro.

18. (V) Estas manchas rosadas del centro me sugieren una especie de animal, como pudiera ser un oso o un castor apoyado en unas rocas. (W)

E: RRS.

S: Un animal peludo. Esto me sugiere la silueta y las cuatro patas. Me da la imagen de animal peludo; el que no tenga cola o cabeza definida me impide asociarlo a algo concreto.

E: No estoy seguro de qué hay ahí que le ha hecho pensar en peludo.

S: Bueno, la silueta la he asociado con animal de pelo, tal vez la forma en que están distribuidos los tonos pastel me lo

## IX

19. En la parte superior, en las ramificaciones que presenta, me sugiere troncos petrificados. (Dd34)

20. En las demás manchas nada, pero en los colores pastel tan diluidos me sugieren vagamente una sustancia acuosa tal vez. En éste y en el otro (se refiere a VIII). (W)

21. (<) Las manchas verdes me recuerdan... Tolkien describe en una novela a unos seres imaginarios y podrían ser. (D1)

22. Como la mayoría de las intersecciones, también me recuerdan zonas vaginales o anales, en este caso tal vez más vaginales. (D5)

## X

23. Esta es la más bonita, lástima los colores. En los azules laterales tal vez dos cangrejos.

ha hecho pensar, lo que no me ha hecho pensar es en un animal sin pelo. Me da una sensación de algodonoso.

E: RRS.

S: Esto de aquí.

E: Explíqueme qué hay ahí que le ha hecho pensar en petrificados.

S: Me he acordado de una zona de Canarias en que había unos árboles petrificados. Me estuvieron contando de un valle con un microclima donde se han conservado. La forma y tal vez el color, junto con la ausencia de otras manchitas que sugieran hojas, me sugieren troncos.

E: RRS.

S: En general, no sólo éste; me refiero a los colores y a los tonos, como en una acuarela en que se moja la pintura con agua.

E: RRS.

S: El describe unos animales fantásticos y sin una forma concreta, pueden ser como uno se los imagine. Me sugiere una silueta vagamente antropomórfica. También peludo, un primate peludo y algodonoso, como antes; también me sugiere la misma imagen. En la novela son feroces y aquí lo algodonoso me lo hace más amable.

E: RRS.

S: Me refería a la intersección entre las piernas que da el carácter de esta zona; la intersección que se abre así me sugiere una vulva. Esto sería la zona que separa el ano de una vulva. Esto tal vez podría ser el ano.

E: RRS.

S: Esto con las patas, el cuerpo central. (D1)

24. En los azules centrales tal vez unos sostenes. (D6)

25. Hay unas manchas pardas en la zona inferior. Tal vez otro tipo de crustáceos. (D7)

26. Las manchas amarillas inferiores, dos leones. (D2)

27. Las verdes superiores una especie de combinación de toro y conejo.

28. Las pardas superiores centrales o grises, es un pardo grisáceo, no, son grises, una especie de mezcla entre mamífero y cabeza de insecto o de crustáceo. (D8)

29. (<) Girando el dibujo, en conjunto, me da la sensación esos cultivos vistos al microscopio, en colores, de sustancias inorgánicas rodeadas de seres vivos. (W)

30. Una de las prolongaciones de lo que antes eran cangrejos me recuerdan unos de esos enormes prepucios con que decoraban los vasos griegos. He visto algún vaso en Nápoles, en donde el prepucio actuaba de pie o soporte. (Dd99)

E: RRS.

S: Estas dos piezas centrales, la simetría, que están unidos aquí, los tirantes. Hace tiempo que no los veía, como los que había cuando pequeñito, son grandes.

E: RRS.

S: Son estos dos de aquí, dos crustáceos.

E: RRS.

S: Esto de aquí las patas superiores, también como los otros animales podrían ser los de entrada en la puerta de un templo. Las patas delanteras, las traseras, la cola y la cabeza que me sugiere más la de un perro. En una posición mayestática, por eso lo de la puerta de acceso a un templo.

E: RRS.

S: Sí, esto me sugiere la cabeza de un toro y el que las orejas no suban hacia arriba no me parecen cuernos, sino orejas de conejo; por eso toro y conejo.

E: RRS.

S: Estas dos manchas de aquí, la parte inferior algo de mamífero, y la de arriba parece un insecto. Me da la sensación de bicho biológico, de crustáceo de ser vivo.

E: RRS.

S: Eso es, cuando se coloca una placa con alguna sustancia con microorganismos y se echa un tinte, hasta que no se reparte se ven manchas de colores como esto (señala D9).

E: RRS.

S: Esto de aquí, me recuerda que había tres que surgían del suelo y soportaban una especie de recipiente, no sé si lámpara.

S: (Refiriéndose a R26) Los leones de las manchas amarillas me parece que tienen cabeza de perro.



## LIMITES.

Preguntado por la P en III, la puede ver en el nivel 1.

CODIFICACION								
I	1	WSo	FC'o		Xy		3.5	
	2	Wo	FMpo		Ad,Sx	P	1.0	INC2
	3	Wo	Fo		Id(A)		1.0	DR
II	4	DSo6	F-		An		4.5	
	5	Do3	Fo		Ad			
	6	Do2	Fu	2	Art,(A)			MOR
III	7	DdSo99	F-		Hd,Sx		4.5	DR
	8	Ddo99	F-	2	Hd,Sx			
	9	Do3	Fo		Cg			
IV	10	Wo	FC'u		Xy		2.0	
	11	W+	FDu		(H)Cg,Sx	P	4.0	INC2,PSV
V	12	Wo	FMp.FC'o		(A),Art		1.0	INC
VI	13	Do3	Fo		(A)			INC2
	14	Ddo99	F-		Hd,Sx			DV,ALOG
VII	15	Do5	FMp-	2	Ad			ALOG,INC
	16	Do3	Fo	2	Ad			
VIII	17	Do3	Fo		An,Id			MOR
	18	W+	FMp.FTo	2	(A)Ls	P	4.5	
IX	19	Ddv34	FCu	2	Bt,Id			PER
	20	Wv	C.Y		Art			PSV
	21	Do1	FTo	2	(H)			PER
	22	Do5	F-		Hd,Sx			
X	23	Do1	Fo	2	(A)	P		
	24	Do6	Fu		Cg,Sx			PER
	25	Do7	Fo	2	(A)			
	26	Do2	FMP+	2	(A), Art			INC
	27	Do12	Fo	2	(A)			INC2
	28	Do8	Fu	2	(A)			INC2,DV
	29	Wv	CFu		Sc			
	30	Ddo99	F-		Art,Sx			PER

### Resumen del Enfoque

I: WS.W.W  
 II: DS.D.D  
 III: DdS.Dd.D  
 IV: W.W  
 V: W

VI: D.Dd  
 VII: D.D  
 VIII: D.W  
 IX: Dd.W.D.D  
 X: D.D.D.D.D.W.Dd

NOMBRE:

EDAD: SEXO: Varón E. CIVIL: S

PRIMER PROTOCOLO

**RESUMEN ESTRUCTURAL**

CARACTERÍSTICAS LOCALIZACIÓN	DETERMINANTES MÚLTIPLES	CONTENIDOS SENCILLOS	RESUMEN LAM.	ENFOQUE LOC.
Zf = 9	FM,FC'	M = H = 1	I : WS,W.W.	
ZSum = 26	FM,FT	FM = 3 (H) = 1	II : Ds,D.D	
ZEst = 27,5	C.Y	m = Hd = 4	III : Dds, Dd.D	
		FC = 1 (Hd) =	IV : W.W.	
W = 9		CF = 1 Hx =	V : W	
(Wv = 2)		C = A = 6	VI : D.Dd	
D = 16		Cn = (A) = 2	VII : D. D.	
Dd = 5		FC' = Ad = 4	VIII : D. W	
S = 3		C'F = (Ad) =	IX : Dd,W,D.D	
		C = An = 2	X : D.D,D.D,D.W,Dd.	
		FT = 1 Art = 3	FEN. ESPECIALES	
DQ		TF = Ay =	Nv1-1 Nv1-2	
..... (FQ-)		T = Bl =	DV = 2 x1 x2	
+ = 2 ( )		FV = Bt = 1	INC = 3 x2 5 x4	
o = 25 ( 7 )		VF = Cg = 2	DR = 2 x3 x6	
v/+ = ( )		V = Cl =	FAB = x4 x7	
v = 3 ( )		FY = Ex =	ALOG = 2 x5	
		YF = Fd =	CON = x7	
		Y = Fi =		
		Fr = Ge =		
		rF = Hh =	Suma Bruta = 14	
		FD = 1 Ls =	Suma Pesada = 44	
		F = 18 Na =		
		Sc = 1	AB = CP =	
		Sx =	AG = MOR =2	
		Xy = 2	CFB = PER =4	
		(2) = 12 Idio = 1	COP = PSV =2	

**CALIDAD FORMAL**

FQx FQf MQ SQx

+ = 1	+ =	+ =	+ =
o = 14	+ = 9	o =	o = 1
u = 7	u = 3	u =	u =
- = 7	- = 6	- =	- = 2
sin = 1		sin =	sin =

**PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES**

R = 30	L = 1,31	AFECTOS		INTERPERSONAL	
EB = 0: 3	EA = 3	EBPer = 3	FC:CF+C = 1:2	COP =	AG =
eb = 5: 6	es = 11	D = -3	C Pura = 1	Comida =	
Adj	es = 11	Adj D = -3	Afr = .88	Aislamiento/R = .06	
			S = 3	H:(H)+Hd+(Hd) = 1:5	
FM = 5	C' = 3	T = 2	Múlti.:R = 3:30	(H)+(Hd):(A)+(Ad) = 1:2	
m =	V =	Y = 1	CP =	H+A:Hd+Ad = 11:8	
IDEACIÓN	MEDIACIÓN		PROCESADO	AUTOPERCEPCIÓN	
a:p = 0:5	Sum6 = 14	P = 4	Zf = 9	3r+(2)/R = .40	
Ma:Mp =	Nv1-2 = 5	X+% = .46	Zd = -1,5	Fr+rF =	
2AB+(Art+Ay) = 5	Sum6Pes = 44	F+% = .50	W:D:Dd = 9:16:5	FD = 1	
M-	MQsin =	X-% = .23	W:M = 9:0	An+Xy = 4	
		S-% = .28	DQ+ = 2	MOR = 2	
		Xu% = .23	DQv = 3		
( ) SCZi = 3	(X) DEPI = 5	( ) CDI = 4	( ) S-CON = 5	( ) HVI =	( ) OBS =

NOMBRE:  
 EDAD:SEXO: Varón E. CIVIL: S

CUARTO PROTOCOLO

**RESUMEN ESTRUCTURAL**

CARACTERÍSTICAS LOCALIZACIÓN	DETERMINANTES MÚLTIPLES	SENCILLOS	CONTENIDOS	RESUMEN LAM.	ENFOQUE LOC.
Zf = 7	FV.M	M =	H = 3	I : W	
ZSum = 24,5	C.FC'M	FM =	(H) = 1	II : Dd	
ZEst = 20,5	FV.FC	m =	Hd = 1	III : D	
	FC.FM.M	FC = z	(Hd) = 1	IV : W	
W = 4		CF =	Hx = z	V : W	
(Wv =		C =	A = 4	VI : W	
D = 8		Cn =	(A) =	VII : D. D.	
Dd = 3		FC' =	Ad = 1	VIII : D. D. Dd.	
S = 1		C'F =	(Ad) = 1	IX : D	
		C' =	An =	X : Dds. D. D.	
		FT = z	Art = z		
DQ		TF =	Ay = 1	FEN. ESPECIALES	
..... ( FQ- )		T =	Bl = 3	Nv1-1	Nv1-2
+ = 5 ( 1 )		FV =	Bt =	DV = 1 x1	x2
o = 8 ( )		VF =	Cg = 6	INC = 1 x2	x4
v/+ = ( )		V =	Cl =	DR = 4 x3	x6
v = z ( )		FY =	Ex =	FAB = 1 x4	1 xx7
		FY =	Fd =	ALOG = x5	
		Y =	Fi =	CON = x7	
		Fr =	Ge =		
		rF =	Hh =	Suma Bruta = 8	
		FD =	Ls =	Suma Pesada = 28	
		F = 7	Na =		
			Sc = 1	AB = 3	CP =
			Sx =	AG = 1	MOR = 2
			Xy =	CFB =	PER = 4
		(2) = 7	Idio =	COP = 1	PSV =

CALIDAD FORMAL

FQx	FQf	MQ	SQx
+ = 2	+ = 1	+ = 1	+ =

o = 9	+ = 4	o = 1	o =
u = 3	u = 1	u = 1	u = 1
- = 1	- =	- =	- =
sin =		sin =	sin =

**PROPORCIONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES**

R = 15	L = 87		AFFECTOS	INTERPERSONAL	
EB = 3 : 2,5	EA = 5,5	EBPer =	FC:CF+C = 5:0	COP = 1	AG = 1
eb = 1 : 5	es = 6	D = 0	C Pura =	Comida =	
Adj	es = 6	Adj D = 0	Afr = .88	Aislamiento/R =	.20
FM = 1	C' = 1	T = 2	S = 1	H:(H)+Hd+(Hd) =	3:3
m =	V = 2	Y =	Múlti.:R = 4:15	(H)+(Hd):(A)+(Ad) =	2:1
			CP =	H+A:Hd+Ad =	9:4

IDEACIÓN	MEDIACIÓN	PROCESADO	AUTOPERCEPCIÓN
a:p = 3:1	P = 5	Zf = 7	3r+(2)/R = .47
Ma:Mp = 2:1	X+% = ,73	Zd = +4	Fr+rF =
2AB+(Art+Ay) = 9	F+% = ,71	W:D:Dd = 4:8:3	FD =
M- =	X-% = ,07	W:M = 4:3	An+Xy =
	S-% =	DQ+ = 5	MOR = 2
	Xu% = ,20	DQv = 2	

( ) SCZi = 1 (X) DEPI = 6 ( ) CDi = 3 ( ) S-CON = 5 ( ) HVi = 3 ( ) OBS = 2

## Cartas al editor

Por fin un lector se ha apiadado de la soledad del Editor y le dirige la siguiente misiva:

*Querida Vera:*

*He leído con mucho interés y agrado tu trabajo, tan combativo, acerca de la devolución. Comparto -tal vez ni haga falta decirlo- tus ideas de fondo. Sin embargo, mientras lo leía he pensado algunos comentarios que querría "devolverte". De **volvete**, restituir. "Dar una cosa a alguien de quien se ha recibido antes" (primera acepción del María Moliner).*

*Mi impresión es que este término representó un intento de salir de la situación testista-evaluación-informe, enfatizando la experiencia emocional implícita en ambos participantes, acentuando la responsabilidad del psicólogo en relación al destino de su producción. Y en consecuencia, incluyendo en las observaciones aspectos referentes a la comunicación, a la transferencia y a la contratransferencia. El informe final deja de ser una mera contabilización, una trabajosa lista de capacidades e incapacidades y otros elementos comienzan a subir a la superficie, especialmente los relacionados con: ¿a quién le hablo?, ¿cómo le hablo?, ¿cómo procesa lo que recibe? Y también: ¿desde dónde hablo? Y esto poco a poco se constituye en el centro de muchas reflexiones y en un aspecto central del proceso de diagnóstico. Entonces se puede nombrar: psicólogo clínico especializado en psicodiagnóstico-métodos y técnicas de diagnóstico (el espectro se amplía desde la entrevista hasta la hora de juego familiar, por ejemplo).*

*La "devolución" planea sobre todo el proceso. Y quizás no sea un buen término. En su defensa sólo diré que es lo suficientemente ambiguo como para ayudarnos a matizar. También la devolución se puede convertir en un "rechazo" (otra acepción) o en un vómito (una más). Por el contrario, el término de integrar o reintegrar tienen un contenido preciso en la teoría psicoanalítica y creo que no es posible aplicarlo -si se tienen en cuenta los conceptos kleinianos en toda su profundidad- a una entrevista. No creo que pueda constituirse en el objetivo de la entrevista final: seríamos demasiado pretenciosos: quizás a lo más que podamos aspirar sea que el entrevistado comience a reconocer y a responsabilizarse por algún aspecto enfermo de sí mismo.*

*Tal vez la gran batalla por el establecimiento y la consecución de la identidad del psicodiagnosticador, por la valoración de su trabajo, no esté hoy en su punto álgido y podamos ahora darnos cuenta de los excesos de las pasiones (Bion), del amor, del odio y del conocimiento. Pero permíteme, Vera, que le devuelva al término su lugar en la historia y que le "restablezca" (devuelva) algo de su antiguo esplendor (de nuevo M.Moliner).*

*Con el afecto de siempre,*

*Lucy Jachevsky*

## Notas y noticias

Los hechos más relevantes a destacar en las actividades de la Sociedad Catalana, serían la conferencia y el workshop dictados por el Dr. Irving B. Weiner en Enero, la conferencia del Dr. William Perry en el mes de Febrero acerca de la influencia de las drogas en el Rorschach y la importancia de un nuevo índice -aún en elaboración-: el Ego Impairment Index (Índice de Deterioro del Yo), además de otras conferencias de varios psicoanalistas: J. Atxotegui, M. Mitjavila y M. Miró.

Cabe resaltar, asimismo, el convenio suscrito con la Universidad Ramon Llull para la enseñanza del Rorschach (Nivel I y II) como parte de sus programas de postgrado.

Todos los miembros de esta Sociedad y de S.E.R.Y.M.P. estarán ilusionados y contentos con la elección de Montserrat Ros como Vice-Presidente Primero de la Sociedad Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos y se sentirán más seguros de la representación española en esas cimas de nuestra ciencia! Especialmente con miras al próximo Congreso Internacional que tendrá lugar en Boston, USA, en 1996, donde nuestra lengua sin duda estará más defendida y presente que en Lisboa. Es de esperar, asimismo, que ese Congreso se acerque -por lo menos en calidad científica- al tan entrañable y recordado de Barcelona en 1984. Aun cuando no creo que por ahora pueda ser superado en seriedad, simpatía y hospitalidad!

El resto de la cúpula internacional se halla compuesta por:

Presidente:	John E. Exner (Estados Unidos)
Vice-Presidente:	Elena L. de Jubany (Argentina)
Secretario:	Odile Husain (Canadá)
Tesorero:	Trudi Finger (como siempre)
Vocales "flotantes":	Mary Cerney (USA)
	Latife Yazigi (Brasil)
	David Ephraim (Venezuela)
	Anne Sanglade (Francia)

La Presidente saliente, N. Rausch de Trautenberg, fue nombrada "Presidente Pasada" y permanecerá en el Comité hasta el próximo Congreso (para ello se realizó una modificación estatutaria) y Victor Moita, presidente del Congreso de Lisboa, fue agregado al cuerpo de vocales para aportar su experiencia de cara al próximo Congreso. Desde ya, como Delegada de

S.E.R.Y.M.P., vuestra editora sólo puede comentar que es de esperar que el próximo resulte mejor (en la organización, el nivel de los trabajos, la traducción simultánea, y el aspecto "social").

Numerosos miembros de la S.E.R.Y.M.P. estuvieron presentes en este Congreso con trabajos (y ojalá suceda lo mismo con el nuestro que "toca", creo, el año próximo): de Madrid presentaron F. Delso, P. Ortiz, P. Perez y C. Coello; de Salamanca F. Jiménez Gomez; y de Barcelona G. Aguirre, J. Bachs, G. Callicó, V. Campo (junto con un numeroso grupo de ex-alumnos y nuevos miembros -ver primer artículo de esta Revista), N. Dow, M. Ros, A. Tuset, M. Vives y el aún no miembro J. M. Giralt junto con A. Lopez y B. Gonzalez.

La Sociedad Europea de Rorschachistas del Sistema Comprehensivo (ERA) realizó una reunión muy interesante el día siguiente del Congreso de Lisboa (discusión de un caso), donde anunció que su próximo Congreso tendrá lugar en Oslo, Noruega, los días 2-3 de Septiembre de 1994. Los interesados en asistir deben comunicarse con Kari Troland, Dept. of Occupational Medicine, Haukeland Hospital, P.O.Box 1, N-5021, Bergen, Noruega. El plazo para el envío de los trabajos termina el 15 de Enero de 1994.

En su reunión de verano la Sociedad Británica acogió un trabajo de V. Campo y N. Dow acerca de la utilidad del uso conjunto del Rorschach y el TRO en el seguimiento y la evaluación del tratamiento; dentro de esta línea resultará seguramente interesante uno de los dos trabajos que serán presentados en su reunión de invierno el 5 de Noviembre de 1993: La técnica de las relaciones objetales (TRO) y la habilidad de utilizar la psicoterapia de grupo, por Desmond King. Lamento tener que confesar que he perdido el rastro de las actividades de la Sociedad Francesa.

En cuanto a ultramar, son tantas las actividades en la Argentina por ejemplo, como tan importantes se han vuelto las reuniones de la Society of Personality Assessment en USA, que el próximo Congreso Internacional amenaza, desgraciadamente, con ser otro "congreso monstruo". Espere-mos que nuestra flamante Vice-Presidente vele por una adecuada selección de trabajos (perdida desde el de Barcelona), única medida -se me ocurre- para controlar el tamaño y la calidad de este tipo de encuentros y mitigar la frustración de un excesivo número de sesiones simultáneas.

## Revista de libros

---

*Los enfermos psicossomáticos: Personalidades míticas.* L. Burde de Izaguirre y E. Sorribas. (1993) Rosario, Sta.Fé: Impresiones Córdoba.

Desde su particular ángulo psicoanalítico las autoras incluyen investigaciones en el campo de la hipertensión, la alopecia, el asma, la jaqueca, el vitiligo y la psoriasis, la diabetes, y la artritis reumatoidea; asimismo estudian la anorexia y otras patologías no psicossomáticas como la hipocondría y las pseudo-fobias. Una rica lectura!

*The Rorschach: A comprehensive system.* Vol. 1, 3a. ed. John E. Exner. (1993) New York: Wiley & Sons.

Esta voluminosa tercera edición (642 páginas nada menos!) comprende una especie de refundición de sus primeros dos tomos respectivamente revisados en 1986 y 1991. En otras palabras, para los que desean leer a Exner en su idioma y ya poseen los dos primeros, no resulta necesario comprar este último volumen; mientras que para los recién llegados al Sistema Comprehensivo, esta tercera edición sería la recomendada, que, es de esperar, finalmente será la traducida al español!

## Revista de revistas

---

Como fuera señalado en un comienzo, debido a la riqueza de este volumen, esta sección resultará mas breve y sólo comprenderá la mención de artículos importantes, sin comentarios, como para que el lector sepa donde encontrar ciertos temas de interés. Lo que sí debe ser destacado es la creciente riqueza de fuentes bibliográficas, como el siguiente listado (por año y por orden alfabético) demuestra fehacientemente:

*Cuadernos de Postgrado*, publicado por la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, No. 2, 1992, en la que David Ephraim trabaja sobre: Dimensiones de la interpretación en el Sistema Comprensivo de Rorschach, El Rorschach psicoanalítico: entre la fortaleza del yo y la representación de objeto, y Pronóstico de la psicoterapia y respuestas de contenido humano en el Rorschach.

*Journal of the American Psychoanalytical Association*, 40, 3, 1992. En esta revista (de paso, fuente de la inmensa mayoría de investigaciones sobre resultados del tratamiento psicoanalítico) Sidney J. Blatt publica un fascinante trabajo: El efecto diferencial de la psicoterapia y del psicoanálisis con pacientes anaclíticos e introyectivos: El proyecto Menninger de investigación en psicoterapia revisitado.

El *British Journal of Projective Psychology*, en sus dos volúmenes de 1992 incluye, en el primero, trabajos acerca de: Homicidio sexual y el Rorschach, de C. B. Gacono (uno de los especialistas, junto al Dr. Meloy-el Sr. guapo con coleta que todos conocimos en Lisboa- en el tema de la psicopatía, la criminalidad y lo antisocial); Diagnóstico o Dilema (dibujos de niños sexualmente abusados) de M. M. Hagood; y un trabajo del rorschachista psicoanalista A. Sugarman: El enfoque psicoanalítico del hacer inferencias durante el testar diagnóstico. Mientras que en el segundo volumen aparecen, junto con un tributo a Herbert Phillipson, recientemente fallecido, Rorschach y vejez: Características de personalidad de un grupo de hombres de 80 años físicamente sanos, de C-E Mattlar y colaboradores, el trabajo de V. Campo: Acerca de T: Codificación e interpretación. Y en el primer volumen de 1993, nos topamos de nuevo con C. B. Gacono: Algunos pensamientos acerca de los hallazgos Rorschach y la psicofisiología en el psicópata; Erotización de lo morboso en personalidades "falso self", firmado por F. Rossel. C. Cedraschi y C. Merceron, además de una incursión de V. Campo en las dificultades que plantea el índice SCZI, ilustradas por un caso.

En el *Journal of Personality Assessment* encontramos mucho material, tanto en los tres volúmenes restantes de 1992, como en los cuatro



aparecidos hasta ahora en 1993: Vol. 59, 1: C. B. Gacono, J. R. Meloy y J. L. Berg presentan Relaciones objetales, operaciones defensivas y estados afectivos en los desórdenes de personalidad narcicista, borderline y antisocial; B. Willock escribe sobre Proyección, fenómenos transicionales y el Rorschach, y W. Perry y D. Viglione presentan El índice de deterioro del yo y la esquizofrenia: un estudio de validación, para mencionar los más relevantes. En el Vol. 59, 2, aparecen El test de Rorschach para la predicción del suicidio en pacientes deprimidos internados adolescentes de J. L. Silberg y J. G. Armstrong, un trabajo bien interesante con el Sistema Comprehensivo, y La personalidad en el desorden de pánico con agorafobia de C de Ruiter y L. Cohen. Mientras que en el Vol. 59, 3, se pueden leer Evaluando el pensar concreto y abstracto con la técnica del dibujo de una persona, presentado por J. L. Gustafson y C. A. Waehler; una interesante incursión en el reino del estrés: Efectos del estrés controlable e incontrolable inducido en laboratorio, sobre las variables Rorschach m e Y, trabajo en el que los autores W. McCown y colaboradores plantean la hipótesis de que m se asocia más con el estrés controlable que Y, interpretando a m como una actitud de mayor lucha frente a una postura mas pasiva en Y.

En la misma revista, durante el año 1993, cuatro volúmenes, cabe mencionar en el No.60, 1, un meticuloso estudio del fenómeno especial DR y otros, de J. H. Kleiger y M. J. Peebles-Kleiger: Hacia una comprensión conceptual de la respuesta desviada en el Sistema Comprehensivo Rorschach; este número asimismo contiene cuatro trabajos sobre la integración del Rorschach y el MMPI en la evaluación clínica.

El No. 2 presenta tres trabajos llenos de sugerencias: El uso del Rorschach para diferenciar desórdenes uni y bipolares, de H. K. Singer y V. Brabender; Un estudio Rorschach de narcisismo, defensa y agresión en los desórdenes de personalidad narcisista, borderline y un grupo de control, por M. J. Hilsenroth y colaboradores; y un trabajo que argumenta en favor de la diversidad en el Rorschach y en contra de un dios único -el Sistema Comprehensivo-: Acerca de la respuesta M en el Rorschach y el monoteísmo, firmado por C. M. DeCato. En el No.3 hallamos un bonito trabajo de P. J. Donahue y S. B. Tuber: Imágenes de fantasía adaptativas Rorschach y capacidad de manejo en niños bajo estrés ambiental severo, donde se señala la importancia de la respuesta M+ en este sentido; otra contribución importante e inusual es el artículo de N. Kaser-Boyd: Rorschachs de mujeres que cometen homicidio. Y, finalmente, en el No. 4, que no contiene trabajos sobre el Rorschach, aparece uno atractivo acerca de La evaluación clínica de las relaciones objetales y la cognición social usando las historias relatadas al subtest de historietas del WAIS-R, de H. G. Segal y colaboradores.

La revista *Psychologie Medicale* que a menudo publica los trabajos de las reuniones científicas de la Sociedad Francesa, dedica un número especial, vol. 24, 1992, al tema Tests proyectivos y estados depresivos, tratados en la reunión de Noviembre 1991 en Rouffach, con más de 17 trabajos.

La Asociación de Rorschach de Rosario, Argentina, publica en su reciente revista *Proyección* (1991, No. 2) una serie de trabajos sobre el Rorschach desde una orientación psicoanalítica (que la editora no ha podido leer aún).

Asimismo la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP) posee ya una revista *Psicodiagnosticar* (1992, No. 2) en la que aparecen 6 trabajos sobre temas muy diversos.

La revista de la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach, antes denominada El Rorschach en la Argentina, ha cambiado de nombre y desde hace un tiempo se llama *Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas*. En el volumen 14 No. 1, 1992, aparece un gran número de trabajos correspondientes a los dos eventos organizados por esta Asociación: la Jornada Anual de Intercambio Científico (recuerdan las gloriosas épocas pasadas en que S.E.R.Y.M.P. también se reunía y trabajaba anualmente?... ) cuyo tema fue La violencia en sus distintas manifestaciones individuales y grupales, y el Primer Congreso Argentino de Rorschach en la Universidad, con trabajos en distintos paneles: El Rorschach desde la demanda de los distintos ámbitos, El Rorschach en las distintas etapas evolutivas y el Rorschach desde distintos abordajes teóricos: Interpretación de un caso.

Acabando con esta abreviada información sobre trabajos publicados en el universo Rorschach, cabe mencionar todavía dos publicaciones italianas: la *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive, Anno I, No. 0, 1993*, órgano de AIPRA, y *Studi Rorschachiani*, número doble de 1993, órgano de la Scuola Romana Rorschach.

La revista *Psychologie Medicale* que a menudo publica los trabajos de las reuniones científicas de la Sociedad Francesa, dedica un número especial, vol. 24, 1992, al tema Tests proyectivos y estados depresivos, tratados en la reunión de Noviembre 1991 en Rouffach, con más de 17 trabajos.

La Asociación de Rorschach de Rosario, Argentina, publica en su reciente revista *Proyección* (1991, No. 2) una serie de trabajos sobre el Rorschach desde una orientación psicoanalítica (que la editora no ha podido leer aún).

Asimismo la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP) posee ya una revista *Psicodiagnosticar* (1992, No. 2) en la que aparecen 6 trabajos sobre temas muy diversos.

La revista de la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach, antes denominada *El Rorschach en la Argentina*, ha cambiado de nombre y desde hace un tiempo se llama *Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas*. En el volumen 14 No. 1, 1992, aparece un gran número de trabajos correspondientes a los dos eventos organizados por esta Asociación: la Jornada Anual de Intercambio Científico (recuerdan las gloriosas épocas pasadas en que S.E.R.Y.M.P. también se reunía y trabajaba anualmente?... ) cuyo tema fue La violencia en sus distintas manifestaciones individuales y grupales, y el Primer Congreso Argentino de Rorschach en la Universidad, con trabajos en distintos paneles: El Rorschach desde la demanda de los distintos ámbitos, El Rorschach en las distintas etapas evolutivas y el Rorschach desde distintos abordajes teóricos: Interpretación de un caso.

Acabando con esta abreviada información sobre trabajos publicados en el universo Rorschach, cabe mencionar todavía dos publicaciones italianas: la *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive, Anno I, No. 0*, 1993, órgano de AIPRA, y *Studi Rorschachiani*, número doble de 1993, órgano de la Scuola Romana Rorschach.

## Extracto

Este año un solo *Dd* extractado de un trabajo de M. Cerney y H. Shevrin publicado en el *Bulletin of the Menninger Clinic*, 38, 4, 430-444: Las relaciones entre las respuestas dominadas por el color en el Rorschach y la conducta explosiva en un encuadre hospitalario. En este estudio, en que fueron comparados pacientes explosivos, actuadores y pasivos, mientras la respuesta "sangre" **no** diferenció estos grupos, y los actuadores **no** tuvieron respuestas explosivas, la combinación de m + CF o C con contenidos como explosión, volcán en erupción, y fuego **sí** caracterizó a los pacientes con conductas explosivas (pero no en láminas acromáticas).

## **Fe de erratas**

---

Por un fallo editorial en el trabajo del No.5 de la Revista: Investigación con el Cuestionario Desiderativo en embarazadas, faltó completar la lista de autores que aquí incluimos, dado que este artículo de F. Silberstein fue escrito en colaboración con María Inés Altavista, Ana María González y Ana Josefina Luppi.

## Normas para la presentación de trabajos

---

- 1.— Los artículos deben ser remitidos por duplicado en papel tamaño DIN A-4.
- 2.— Debe usarse doble espacio en todo el artículo, incluyendo la Bibliografía.
- 3.— El título debe ser breve y figurar en la parte superior de la primera página en letras mayúsculas y subrayado. Debajo del título debe figurar el nombre del autor en letras mayúsculas sin subrayar, y debajo del mismo su puesto de trabajo en minúsculas.
- 4.— Los títulos principales deben aparecer centrados y con mayúsculas. Los subtítulos en minúsculas y subrayados, sin puntos y aparte y situados en una línea por encima del texto, en el margen izquierdo y sin sangrar.
- 5.— Las correlaciones deben expresarse precedidas de un cero, por ejemplo: 0.87 y no .87. Normalmente los números que formen parte del texto deben expresarse en palabras cuando se trate del uno al diez, y en números a partir del 11, a no ser que sean la primera palabra de una frase. Cuando los números de diferentes categorías aparezcan relacionados deben tomar la misma forma, por ejemplo: "Se administraron las cuatro pruebas a los quince sujetos" o bien "El primer grupo estaba constituido por 14 sujetos y el segundo por 8".
- 6.— Las tablas deben ser concisas y reducidas a las estrictamente necesarias. Cada tabla debe hacerse en una hoja de papel aparte e incluirse al final del artículo y no entre el texto. Las tablas deben numerarse 1, 2, 3, etc. y referirse a ellas en el texto como, por ejemplo, Tabla 1. Las hojas añadidas deben siempre llevar el número de la tabla y un encabezamiento corto, por ejemplo: Tabla 1. Medias y desviaciones para los grupos A y B. Los gráficos e ilustraciones deben llevar un número de figura y un título en la parte inferior, por ejemplo: Fig. 1. Dibujo realizado por el sujeto A. La posición aproximada en la que deben aparecer las tablas y figuras en el texto, debe indicarla el autor con una nota del tipo: "Inserte la Tabla 1 aproximadamente aquí".
- 7.— Las citas dentro del texto deben consistir solamente en el apellido/s y la fecha, por ejemplo: Exner (1986). Las citas completas deben darse al final del artículo, en doble espacio, siguiendo las normas de la APA, es decir:

*libros*: apellidos y nombre del autor en mayúsculas, seguidas de la fecha de publicación, el título subrayado del libro y la ciudad y editorial.

*revistas*: apellidos y nombre del autor en mayúsculas, título del artículo, título de la revista subrayado, número de la revista subrayado, volumen correspondiente entre paréntesis y números de las páginas. Ejemplos:

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

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

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

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

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

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

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

# Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Pasaje Marimón, 7, pral., 1.<sup>a</sup> Y 2.<sup>a</sup> - 08021 Barcelona

■ S · E · R · Y · M · P ■